UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMMUNICATION SOIGNANT SOIGNÉ : LA PROBLÉMATIQUE ACTUELLE DE LA COMMUNICATION ENTRE LA SAGE-FEMME ET LA MÈRE LORS DES RENCONTRES PRÉNATALES AU GABON

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN LETTRES
CONCENTRATION ET COMMUNICATION SOCIALE

PAR

ELIANTE NTSAME ABAHA

Juillet 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Direction de recherche :

François GUILLEMETTE, directeur de recherche

Jury d'évaluation

François GUILLEMETTE, directeur de recherche

Marie-Josée MARTEL, présidente du jury

Mireille LALANCETTE, membre interne

Raymond ONDZIGUE MBENGA, membre externe

Thèse soutenue le 5 juin 2026

Je dédie ce travail à mes parents défunts.

À mon père Feu ABA'A EDOU SIMON

pour m'avoir montrée le chemin de l'école

avec cette phrase sans cesse prononcée et qui retentit encore dans ma tête :

« Sicolo égnane Egnic »[1].

À ma mère Feue ZANG NGOUA Marie Jeanne

pour les valeurs que tu m'as transmises depuis ma conception :

« Travail, Effort, Humilité et Persévérance ».

[1] *« Sicolo égnane Egnic* » en Fang (notre langue maternelle du Gabon) se traduit : « l'école c'est la vie »

REMERCIEMENTS

Entreprendre des études doctorales à l'étranger représente un défi humain, intellectuel et personnel qui exige détermination, persévérance, courage et résilience. Ce parcours n'aurait pu être mené à terme sans le soutien de nombreuses personnes auxquelles j'exprime ma profonde gratitude.

Ma reconnaissance s'adresse d'abord au Bureau des Relations internationales de l'Université du Québec à Trois- Rivières (UQTR) et à tous les professeurs (Canada, Maroc, Gabon), dont la coopération avec l'Institut National de Formation et d'Action Sanitaire et Sociale (INFASS) m'a permis de bénéficier d'une bourse déterminante dans la réalisation de ce projet d'étude.

J'exprime ma profonde reconnaissance à mon directeur de recherche, le professeur François Guillemette, pour la confiance qu'il m'a accordée, sa disponibilité constante, son écoute attentive, son accompagnement bienveillant ainsi que la rigueur scientifique avec laquelle il a guidé chacune des étapes de cette recherche.

Je remercie l'ensemble du corps professoral du département de lettres et communication sociale de l'UQTR d'avoir accepté ce projet de recherche, les membres de mon jury de thèse, Mireille Lalancette, professeure au département de lettres et communication sociale de l'UQTR, Marie-Josée Martel, professeure au département des Sciences infirmières de l'UQTR et Raymond Ondzigue Mbenga, Docteur en Informatique de Santé et enseignant à l'Université des Sciences de la Santé du Gabon pour vos commentaires rigoureux, vos questions pertinentes et leurs suggestions constructives. Ils ont considérablement enrichi cette recherche et contribué à sa qualité scientifique.

Ma reconnaissance s'adresse aussi aux sages-femmes gabonaises qui ont accepté de participer à cette recherche. Malgré leurs nombreuses responsabilités professionnelles, elles ont généreusement consacré leurs temps, pour partager leurs expériences, leurs

réflexions et leur vécu avec une grande sincérité. Cette thèse est avant tout le reflet de vos paroles et de votre accompagnement auprès des mères.

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance à Dieudonné, à son épouse Gesyka, à Nadine, Suzanne, Pierre, Chantal, Sylvie, Magali, Isabelle, Véronique, Florence, Alain, Marie-Madeleine, René, Vincent et Shimatu. Par leur bienveillance, leur générosité, et leur accueil chaleureux, ils ont contribué à rendre ce parcours doctoral plus serein. Leur soutien, sous diverses formes, a été une source de réconfort et d'encouragement tout au long de ces années.

À ma famille, à mes parents, à mes amis et à toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont soutenue, encouragée durant ces années exigeantes, j'adresse ma profonde reconnaissance.

À vous, mes chers enfants, Simon, Gymonia, Gymonet, Pierre, Siliante et Marie, je dédie une pensée toute particulière. Je vous remercie pour votre patience, vos sacrifices, votre compréhension et votre amour inconditionnel. Vous avez accepté mes absences, partagé mes doutes et célébré chacune de mes victoires. Cette thèse est aussi la vôtre.

Enfin, au-delà de ton rôle d'aîné, tu as assuré avec une maturité remarquable celui d'un véritable pilier auprès de tes frères et sœurs. Dans les moments les plus exigeants de ce parcours, tu as fait preuve d'un courage, d'une générosité et d'une force exceptionnels. Pour tout cela, je te dis « AKIBA[2] » à Simon pour ton dévouement. Nous formons une belle équipe et je suis profondément fière de toi.

Au terme de ce parcours, je mesure combien cette réussite est le fruit d'un engagement collectif, d'une solidarité précieuse et de l'importance de croire en ces rêves, même lorsque le chemin paraît long. À chacun et à chacune de vous, MERCI, AKIBA!

[2] *« AKIBA »* « Merci » en Fang (notre langue maternelle du Gabon)

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS iv
TABLE DES MATIÈRES vi
LISTE DES FIGURES xi
LISTE DES TABLEAUX xii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES xiii
RÉSUMÉ xvi
INTRODUCTION 1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE 4

1.1 Communication soignant soigné: problématique générale actuelle 7

1.1.1 Contexte général de l'étude 7
1.1.2 Historique évolutif de la communication soignant soigné 10
1.1.3 Typologie de communications du soignant et de la personne soignée lors d'une rencontre médicale 13

1.2 Situation contextuelle du Gabon 18

1.2.1 Contraintes géographiques et environnementales 19
1.2.2 Système de santé du Gabon 22

1.3. Pertinence et justification de la recherche 40

1.3.1 Pertinence scientifique 41
1.3.2 Pertinence sociale. 41

CHAPITRE II CADRE CONCEPTUEL 44

2.1 Clarification du concept de communication mobilisé et définitions clés 45

2.1.1 Définition générale et fondements du concept de communication 46
2.1.2 Communication en contexte de soins : synthèse des approches théoriques dominantes 51

2.2 Vécu communicationnel prénatal : définition et caractéristiques 66

2.2.1 Définition et généralités du concept de vécu 67
2.2.2 Définition de la communication prénatale 69
2.2.3 Le rôle pivot de la sage-femme dans le vécu de la communication prénatale 84
2.2.4 Les enjeux contextuels du vécu communicationnel prénatal au Gabon 87

2.3 Formulation de la question et des objectifs de recherche 89

2.3.1 Question de recherche 89
2.3.2 Objectifs de recherche. 90

CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE 91

3.1 Fondements épistémologiques de la MTE 92
3.2 justification du choix méthodologique 95

3.3 Posture de la chercheuse 98

3.3.1 Posture épistémologique interprétative et constructiviste 98
3.3.2 Posture relationnelle 99
3.3.3 Posture réflexive continue de la chercheuse en MTE 100
3.3.4 Posture éthique fondée sur le respect, la confidentialité et la justice 101

3.4 Principes d'action 102

3.4.1 Sensibilité théorique 103
3.4.2 Suspension temporaire du recours à des cadres théoriques existants 107
3.4.3 Préciser l'objet de recherche 111
3.4.4 Interaction circulaire entre la collecte et l'analyse des données 114
3.4.5 Flexibilité méthodologique 116
3.4.6 Échantillonnage théorique 118
3.4.7 Collecte des données 131
3.4.8 Analyse des données 139
3.4.9 Principe des comparaisons constantes 161
3.4.10 Saturation théorique 162
3.4.11 Validation 167
3.4.12 Modélisation 170
3.4.13 Écriture de la recherche 172
3.4.14 Intégration de la théorie 177

3.5 Respect des normes éthiques 185

3.5.1 Consentement éclairé 186
3.5.2 Confidentialité 187

CHAPITRE IV RÉSULTATS 190

4.1 Première catégorie émergente : vécu des situations contextuelles motivant la communication prénatale entre les sages-femmes et les mères. 190

4.1.1 Situations cliniques orientant le vécu de la communication prénatale : *communication modulée* 192
4.1.1.1 Situations cliniques vécues par les sages-femmes 192

4.1.1.2 Situations cliniques de communication vécues par les mères, rapportées par les sages-femmes 195

4.2 Les modalités communicationnelles mobilisées par les sages-femmes lors des consultations prénatales 219

4.2.1 Première catégorie émergente : vécu de la communication prénatale en face-à-face..... 220
4.2.1.1 Première sous-catégorie: vécu du face-à-face comme médium de communication privilégié..... 222
4.2.1.2 Deuxième sous-catégorie : vécu de la communication en face-à-face comme une ambivalence dans l'attitude des sages-femmes et des mères, entre accueil empathique et jugement stigmatisant. 224
4.2.1.3 Troisième sous-catégorie : le vécu d'un environnement matériel qui façonne la qualité de la communication en face-à-face. 225
4.2.2 Deuxième catégorie émergente : vécu de la communication prénatale numérique 227
4.2.2.1 Première sous-catégorie : vécu de la communication téléphonique 228
4.2.2.2 Deuxième sous-catégorie : vécu de la communication prénatale par *Whatsapp* 235

4.3 Troisième catégorie émergente : Perceptions attribuées par les sages-femmes à leur vécu communicationnel prénatal 244

4.3.1 Première sous-catégorie : les perceptions positives du vécu communicationnel prénatal 245

4.4 Quatrième catégorie émergente : de l'expérience communicationnelle à la conceptualisation de l'approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP) et à l'identification des leviers d'amélioration. 271

4.4.1 Émergence inductive de l'approche holistique intégrative de la communication prénatale 272

4.4.2 Fondements empiriques de l'approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP) 273

4.4.2.1 Les cinq dimensions constitutives..... 274

Vécu de la communication centrée sur la mère : dimension relationnelle..... 275

Vécu de l'intégration des technologies de l'information et de la communication (TIC) : dimension numérique..... 276

Vécu de la communication incarnée dans le soin: dimension corporelle 278
Vécu de la communication fondée sur les preuves : dimension cognitive 280
Vécu de la communication collaborative et interprofessionnelle : dimension collaborative 283

4.4.2.2 Représentation graphique et interprétation de l'approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP). 286

4.4.3 Conditions nécessaires À une intégration harmonieuse de l'approche holistique intégrative de la communication PRÉNATALE (AHICP) 287

4.4.4 Contributions et avantages de l'approche holistique intégrative de la communication prénatale 289
4.4.5 Défis de l'approche holistique intégrative de la communication prénatale 289
4.4.6 Leviers d'amélioration pour la pratique clinique, l'enseignement et la recherche 291

Leviers d'amélioration pour la pratique clinique 291

Leviers d'amélioration pour l'enseignement 292

Leviers d'amélioration pour la recherche 293

CHAPITRE V DISCUSSION DES RÉSULTATS 295

5.1 Première catégorie : La communication prénatale est profondément influencée par les contextes cliniques, organisationnels et interactionnels 296

5.1.1 Constat empirique : une communication prénatale située, dynamique et continuellement ajustée 296
5.1.2 Dialogue avec les théories, les études et les recherches antérieures 298

5.2 Deuxième catégorie : Les modalités communicationnelles prénatales reposent sur une articulation dynamique entre le présentiel et le numérique 302

5.2.1 Constat empirique 303
5.2.2 Mise en dialogue avec les cadres théoriques 305

5.3 Troisième catégorie : le vécu communicationnel prénatal est porteur de significations contrastées qui orientent les pratiques professionnelles et ouvrent des perspectives d'amélioration 309

5.3.1 Constat empirique 310

5.3.2 Mise en dialogue avec les cadres théoriques 311

5.4 Quatrième catégorie : Les leviers d'amélioration identifiés conduisent à une conceptualisation holistique intégrative de la communication prénatale 316

5.4.1 Constat empirique 316
5.4.2 Mise en dialogue avec les cadres théoriques 318

5.5 Présentation des recommandations issues des résultats de la recherche et de l'AHICP, ainsi que leurs impacts attendus sur le vécu communicationnel prénatal 326

5.6 Forces et limites de cette recherche 330

5.6.1 Les forces de la recherche 330
5.6.2 Les limites de la recherche 331

CONCLUSION 333

APPENDICE A REPRÉSENTATION DES MODALITÉS DE COMMUNICATION 358

APPENDICE B QUESTIONNAIRE (DÉBUT) 360

APPENDICE C SCHÉMATISATION DE LA MÉTHODOLOGIE DE NOTRE ANALYSE DURANT LA RECHERCHE 362

APPENDICE D EXEMPLES DE CERTAINS MÉMOS 365

APPENDICE E LISTE NOMINATIVE DE CERTAINS CODES 386

appendice F FICHE DE SYNTHÈSE 392

APPENDICE G EXEMPLES DE MODÉLISATIONS 400

LISTE DES FIGURES

Figure 1: La communication professionnelle infirmière

Figure 2 : Carte administrative du Gabon

Figure 3 : Échantillons des sites de collecte des données

Figure 4 : Diagramme cyclique situationnel de la communication sage-femme/mère lors des contacts

Figure 5 : Fiche de synthèse de préparation à la naissance et à la parentalité

Figue 6 : Représentation de l'approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP)

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : calendrier de vaccination antitétanique

Tableau 2 : Statistiques des activités des consultations prénatales

Tableau 3: Calendrier des soins prénatals

Tableau 3 : Représentativité de l'échantillonnage théorique diversifié

Tableau 4 : Représentation de l'échantillonnage diversifié

Tableau 5 : Synthèse intégrant les recommandations et leurs impacts sur le vécu communicationnel prénatal

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACPM : Association canadienne de protection médicale

APMS : service d'appui psychomédicosocial

ASFG : Association des Sages-Femmes du Gabon

ARV : Antirétroviraux

BDCF : Bruits du cœur fœtal

CCC : Communication pour un Changement de Comportement

CNAMGS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

CPN : consultation prénatale

CPON : Consultation postnatale

DDR : Date des Dernières Règles

DGPS : Direction générale de la prévention du sida

DNSMI : Direction nationale de la santé maternelle et infantile

DSN: Dossier santé numérique

DRS: Direction régionale de santé

EDSG: Enquête démographique et de santé du Gabon

FAP : Femme en âge de procréer

FOSA: Formation sanitaire

GT: Grounded Theory

HR : hôpital régional

HRP : Hématome rétro placentaire

HTA : Hypertension artérielle

HU: Hauteur utérine

ICM : Confédération internationale des sages-femmes

IEC : Information Éducation Communication

INFASS : Institut National d'Action sanitaire et sociale

IST/MST : Infection /maladie sexuellement transmissible

MAP : Menace d'accouchement prématuré

MFIU : Mort fœtale in utéro

MIILDE : Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'efficacité

MNT. Maladies non transmissibles

MS : Ministère de la Santé

MTE : Méthodologie de la Théorisation enracinée

NV : Naissance vivante

ODD : Objectif de Développement durable

OMS: Organisation mondiale de la Santé

PEC : Prise en charge

PEV : Programme élargi de vaccination

PF : Planification familiale

PMA : Procréation médicalement assistée

PNDS : Plan national de Développement sanitaire

PTME : Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

PNLIST/VIH-SIDA : Programme national de lutte contre les Infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA

PNS : Politique nationale de Santé

RCIU : Retard de Croissance in utéro

RDV : Rendez-vous

SA : Semaine d'aménorrhée

SF : Sage-femme

SGGOR : Société gabonaise de Gynécologie Obstétrique et de la reproduction

SGN : Société gabonaise de néonatologie

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience acquise

SNIS : Système National d'Information sanitaire

SMI : Santé maternelle et infantile

SMR : Soins de maternité respectueux

SONUB : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base

SONUC : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet

SP : Sulfadoxine Pyriméthamine

SSRMNA : Santé Sexuelle, Reproductive, Maternelle, Néonatale et des Adolescents

SRMNIA-N : Santé de la Reproduction/Santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent

TA : Tension artérielle

TIC : Technologies de l'information et de la communication

TPI : Traitement Préventif Intermittent

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

UQTR : Université du Québec à Trois-Rivières

VAT : Vaccin anti tétanique

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience humaine

VPS : Violence de la part du Partenaire sexuel

RÉSUMÉ

Cette thèse s'inscrit dans le domaine de la communication en santé et porte sur le vécu communicationnel des sages-femmes dans leurs interactions avec les mères lors des consultations prénatales au Gabon. Malgré les progrès réalisés en matière de santé maternelle et néonatale, les taux de mortalité maternelle et néonatale demeurent préoccupants dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, dont le Gabon. Dans ce contexte, la communication apparaît comme une composante essentielle de la qualité des soins, puisqu'elle favorise la compréhension des informations, la participation des mères aux décisions concernant leur santé, l'adhésion au suivi prénatal ainsi que la continuité des soins. Toutefois, les interactions entre les sages-femmes et les mères restent encore peu documentées, notamment sous l'angle du vécu des professionnelles. Cette recherche vise ainsi à comprendre comment les sages-femmes vivent, construisent et adaptent leur communication avec les mères au cours des consultations prénatales dans le contexte gabonais.

Afin d'atteindre cet objectif, une démarche qualitative inductive inspirée de la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE) de Glaser et Strauss (1967), adaptée par Guillemette et Luckerhoff (2012), a été privilégiée. Cette approche a permis de développer progressivement une compréhension théorique du phénomène à partir des données empiriques auprès d'une dizaine de sages-femmes exerçant dans différentes structures de soins de la région sanitaire de Libreville-Owendo. Les entretiens individuels, réalisés principalement à l'aide de l'application WhatsApp, ont été analysés selon un processus itératif de comparaison constante, de codage et de conceptualisation, soutenu par le logiciel *Nvivo.*

Les résultats montrent que la communication prénatale constitue un processus relationnel complexe, dynamique et profondément contextualisé, influencé par les réalités cliniques, organisationnelles, socioculturelles et technologiques. Deux modalités complémentaires structurent les pratiques communicationnelles des sages-

femmes : la communication en présence ou en face-à-face, se caractérise par la proximité relationnelle, l'écoute active, l'observation des manifestations non verbales et l'établissement d'un climat de confiance, ainsi que la communication à distance, principalement assurée par téléphone et par WhatsApp, qui prolonge la relation thérapeutique au-delà de la consultation, favorise la continuité du suivi et répond aux préoccupations des mères entre les consultations.

Les analyses mettent également en évidence que les sages-femmes mobilisent diverses stratégies communicationnelles — notamment l'écoute active, la reformulation, l'adaptation du langage, le soutien émotionnel, la présence relationnelle et la prise en compte des réalités culturelles — afin de favoriser la compréhension, la participation et l'engagement des mères dans leur parcours prénatal. Elles révèlent également que la qualité de la communication dépend non seulement des compétences relationnelles des professionnelles, mais aussi des conditions organisationnelles, sociales et culturelles dans lesquelles s'exerce leur pratique.

Au-delà de la description des pratiques, cette recherche a permis de faire émerger une conceptualisation originale du phénomène étudié sous la forme de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP). Élaborée de manière inductive à partir des données empiriques, cette théorie enracinée conçoit la communication prénatale comme un processus relationnel fondé sur une communication bimodale, articulant les interactions en présence et les échanges numériques, et bidirectionnelle, reconnaissant la réciprocité des échanges entre la sage-femme et la mère. Elle s'organise autour de cinq dimensions complémentaires : relationnelle, numérique, corporelle, collaborative et cognitive, qui contribuent conjointement à soutenir une communication plus humaine, continue, participative et adaptée aux besoins des femmes.

Les contributions de cette thèse sont multiples. Sur le plan théorique, elle enrichit les connaissances en communication en santé en proposant une conceptualisation originale et contextualisée du vécu communicationnel prénatal dans un contexte africain francophone encore peu documenté. Sur le plan méthodologique, elle illustre la

pertinence de la Méthodologie de la théorisation enracinée pour l'étude de phénomènes communicationnels complexes et la production de connaissances ancrées dans les réalités du terrain. Sur le plan professionnel et organisationnel, elle met en évidence l'importance de renforcer les compétences communicationnelles des sages-femmes, de favoriser une intégration réfléchie des outils numériques dans le suivi prénatal et de développer des environnements de soins propices à une communication de qualité. Enfin, cette recherche contribue à renouveler la compréhension de la communication en santé maternelle en la considérant non plus comme un simple moyen de transmission d'informations, mais comme un processus relationnel au cœur du prendre soin. L'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP) offre ainsi un cadre théorique original susceptible d'éclairer la recherche, la formation, les pratiques cliniques et les politiques publiques visant à améliorer durablement la santé maternelle et néonatale au Gabon et dans d'autres contextes comparables.

.

INTRODUCTION

La présente recherche est consacrée à l'étude du phénomène de la communication entre le soignant et le soigné en général et, de manière plus spécifique, entre la sage-femme et la maman en contexte de périnatalité au Gabon. Elle s'inscrit dans une perspective où la communication, au-delà d'un simple échange d'informations, constitue un processus relationnel, émotionnel et symbolique au cœur de l'expérience du soin. L'objectif général de cette thèse est de comprendre le vécu de la communication entre la sage-femme et la maman lors du suivi prénatal, afin de saisir comment se construit, se maintient où se fragilise le lien communicatif dans un contexte marqué par des contraintes structurelles et des réalités culturelles spécifiques. Cette recherche se justifie d'abord par une lacune scientifique dans le champ de la communication en santé, notamment dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne où peu d'études ont exploré la relation communicative entre les actrices en périnatalité. Alors que les enjeux liés à la mortalité maternelle et néonatale demeurent préoccupants au Gabon, la communication apparaît comme un levier essentiel de qualité et de continuité des soins. Comprendre comment les sages-femmes et les mamans vivent leurs interactions contribue donc à éclairer des aspects souvent négligés des pratiques de soins comme : la qualité du lien, la reconnaissance mutuelle et la construction d'un climat de confiance. En cela, cette thèse répond à un besoin de reconnaissance du rôle communicationnel des professionnelles de la santé dans la réussite du suivi prénatal et est structurée en cinq chapitres.

Le premier chapitre présente la problématique de recherche en exposant le contexte de la communication soignant soigné et particulièrement les enjeux contextuels de la communication entre la sage-femme et la mère lors des rencontres prénatales au Gabon. Ce chapitre décline la pertinence scientifique et sociale de la recherche en soulignant son apport dans la compréhension des dynamiques communicationnelles qui sous-tendent le vécu prénatal.

Le deuxième chapitre délimite les paramètres conceptuels, mobilise les cadres théoriques pour éclairer l'objet de recherche portant sur le vécu communicationnel prénatal entre la sage-femme et la mère. Les concepts de communication, de communication en santé et de vécu communicationnel prénatal et de ses composants sont clarifiés et situés dans une perspective plus large de la communication soignant soigné, ensuite, dans le domaine particulier de la consultation prénatale.

Le troisième chapitre présente la démarche méthodologique et les fondements épistémologiques de la recherche. L'étude s'appuie sur la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE) (Glaser & Strauss, 1967) telle que présentée et justifiée par Guillemette et Luckerhoff (2012), de même que dans la perspective inductive (Anadón & Guillemette, 2006). Cette approche inductive, particulièrement adaptée à l'exploration de phénomènes encore peu étudiés, permet d'ancrer la théorie dans les données issues du terrain. Elle offre un cadre rigoureux pour dégager des catégories conceptuelles à partir du vécu empirique des participantes. Cette posture méthodologique constitue une contribution significative de la thèse, en ce qu'elle permet de construire une théorisation enracinée du vécu communicationnel des sages-femmes et des mères en contexte gabonais, tout en proposant des repères transférables à d'autres environnements de soins.

Le quatrième chapitre présente les résultats issus de l'analyse des données. Il met en évidence les principales catégories conceptuelles ayant émergé du processus de théorisation enracinée et décrit les modalités communicationnelles mobilisées par les sages-femmes dans leurs interactions avec les mères lors des consultations prénatales. Les résultats montrent notamment que la communication prénatale repose sur la complémentarité des échanges en présence et à distance, tout en étant influencée par des facteurs relationnels, organisationnels, cliniques, socioculturels et technologiques. Ils mettent également en évidence les stratégies communicationnelles développées par les sages-femmes ainsi que les contraintes susceptibles de fragiliser la continuité du suivi prénatal. Ils soulignent que la qualité du vécu communicationnel repose sur des attitudes professionnelles clés : empathie, bienveillance, écoute, clarté des explications

et engagement relationnel. À l'inverse, certaines difficultés – surcharge de travail, manque de temps, barrières linguistiques, contraintes matérielles – fragilisent le dialogue et conduisent parfois à des ruptures de suivi, voire à la perte de contact avec certaines mères.

Le cinquième chapitre est consacré à la discussion des résultats à la lumière des écrits scientifiques et des cadres théoriques mobilisés. Il met en évidence les convergences, les divergences et les contributions originales de cette recherche. Cette discussion permet de situer les apports théoriques de la thèse dans le champ de la communication en santé. Ce chapitre présente également les forces et les limites de l'étude.

Enfin, la conclusion générale revient sur les principaux enseignements de l'étude, en souligne les apports et ouvre des perspectives pour la recherche et les pratiques en communication en santé maternelle. Ainsi, cette thèse s'inscrit dans une volonté de mieux comprendre la communication prénatale à partir de l'expérience des sages-femmes, afin de contribuer au développement de connaissances susceptibles d'éclairer les pratiques cliniques, la formation, la recherche et les politiques de santé dans le domaine de la périnatalité.

CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre introduit la réflexion qui a guidé l'ensemble de la démarche de recherche. Il vise à exposer la situation problématique qui a donné naissance à notre questionnement scientifique, en situant d'abord la communication soignant soigné dans une perspective générale, puis en la contextualisant dans le champ particulier de la périnatalité au Gabon.

Il s'articule autour de deux grandes parties complémentaires. La première partie s'attache à décrire la problématique générale de la communication soignant soigné, en soulignant la place centrale qu'elle occupe dans la relation d'accompagnement et dans la qualité du soin. Elle constitue à la fois un outil professionnel, une compétence relationnelle et une composante éthique dans la pratique soignante. La communication est ici envisagée non seulement comme un moyen de transmettre une information médicale, mais comme un processus interactionnel et humanisant, au cœur du lien entre le soignant et la personne soignée. Ce processus se déploie dans des contextes de plus en plus complexes, où les professionnels doivent conjuguer les exigences institutionnelles, les attentes des patients mieux informés et les contraintes matérielles ou organisationnelles des milieux de soins. Ces cadres soulignent la nécessité de repenser les pratiques communicationnelles à la lumière du vécu réel des acteurs.

La seconde partie du chapitre situe cette problématique dans le contexte gabonais, en considérant les caractéristiques propres à son système de santé, ses pratiques professionnelles et ses réalités socioculturelles. Cette partie met en lumière la spécificité de la communication entre la sage-femme et la mère dans le contexte périnatal gabonais, envisagée comme une pratique de médiation entre le savoir biomédical et les savoirs expérientiels des femmes. Elle présente les défis que rencontrent les professionnelles dans la mise en œuvre d'une communication adaptée, bienveillante et efficace, dans un environnement marqué par des contraintes organisationnelles et relationnelles fortes et justifie la pertinence sociale et scientifique

de l'étude. Ensemble, ces deux parties posent les bases nécessaires à la formulation de la problématique centrale et des objectifs de la recherche.

Le paragraphe introductif qui suit permet de retracer l'itinéraire intellectuel et expérientiel de notre parcours. Cette partie du chapitre vise aussi à expliciter la genèse du questionnement qui a conduit à la formulation du problème de recherche.

Itinéraire de la chercheuse

L'intérêt porté au phénomène de la communication prénatale trouve son origine dans un parcours professionnel, pédagogique et scientifique progressivement construit au fil des années. Cette réflexion s'est développée à partir de douze années d'exercice comme sage-femme, suivies de plusieurs années d'enseignement et d'encadrement pédagogique dans le domaine de la santé maternelle. Ces expériences ont contribué à façonner une posture de praticienne-chercheuse attentive aux dimensions relationnelles du soin, aux réalités du terrain et aux enjeux communicationnels qui traversent les pratiques professionnelles.

Cette trajectoire s'inscrit dans une démarche réflexive telle que décrite par Schön (2017), selon laquelle l'expérience professionnelle constitue une source privilégiée de questionnement scientifique.

Dans cette perspective, certaines questions de recherche ne naissent pas d'un déficit théorique, mais d'une sensibilité professionnelle développée au contact du terrain. Comme le soulignent Paillé et Mucchielli (2016), la recherche qualitative prend souvent appui sur une problématisation située, nourrie par l'expérience et l'observation prolongée d'un phénomène. C'est à l'articulation entre l'expérience clinique, l'engagement pédagogique et la réflexion scientifique que s'est construit l'intérêt pour le vécu communicationnel prénatal.

Au Gabon, comme dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, la persistance d'indicateurs en matière de mortalité maternelle et néonatale invite à interroger non seulement les dimensions organisationnelles et biomédicales des soins, mais également les dimensions relationnelles qui les sous-tendent. Parmi celles-ci, la communication

professionnelle occupe une place centrale. Bien qu'elle contribue à la prévention, à l'adhésion aux recommandations et à la continuité des soins, elle demeure relativement peu documentée dans le contexte des consultations prénatales.

L'expérience clinique a permis d'observer que certaines difficultés rencontrées lors du suivi prénatal ne relevaient pas uniquement des difficultés techniques ou matérielles. Elles étaient associées à des ruptures de communication, à des incompréhensions mutuelles ou à un sentiment de distance relationnelle entre les professionnelles et les mères.

Ces observations rejoignent les réflexions de Bourdieu (1994) sur l'influence des cadres institutionnels et des habitus professionnels dans la construction des interactions sociales.

L'expérience d'enseignement a également mis en évidence les défis liés au développement des compétences relationnelles chez les futurs des sages-femmes. Souvent dominée par les savoirs biomédicaux, la formation accorde encore une place limitée à l'apprentissage de l'écoute, de l'empathie et de la communication. Pourtant, comme le suggère Kolb (1984), l'acquisition d'une expertise professionnelle repose sur un processus réflexif intégrant expérience, analyse et réinvestissement des apprentissages.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente recherche. Elle vise à comprendre le vécu communicationnel entre les sages-femmes et les mères lors des rencontres prénatales au Gabon afin de mieux saisir les dynamiques relationnelles qui structurent ces interactions, mais aussi d'envisager des pistes d'amélioration durable pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et la promotion d'un suivi gestationnel centré sur la mère.

1.1 Communication soignant soigné: problématique générale actuelle

La communication entre le soignant et la personne soignée constitue aujourd'hui un déterminant de la qualité des soins et un fondement de la pratique clinique contemporaine. Longtemps considérée comme une compétence relationnelle complémentaire aux savoirs biomédicaux, elle occupe une place déterminante pour la qualité de la relation d'accompagnement, de même que pour les résultats cliniques et humains qui en découlent. Qu'il s'agisse d'une relation thérapeutique, éducative ou de soutien, la communication est à la fois un outil de transmission, un espace de rencontre et un processus d'humanisation du soin. Elle façonne les interactions quotidiennes entre le professionnel et la personne soignée, leur permettant de construire ensemble du sens autour de la maladie, du traitement, du vécu corporel et émotionnel, ou encore de la maternité.

1.1.1 Contexte général de l'étude

Les systèmes de santé contemporains sont confrontés à des défis multiples et complexes comme la montée des maladies non transmissibles, le vieillissement des populations, les crises sanitaires mondiales et les inégalités persistantes d'accessibilité aux soins. Ces réalités contestent profondément la manière dont les soins sont prodigués et, surtout, la qualité de la communication entre les acteurs du soin. De ce fait, chaque crise sanitaire comme celle de la COVID-19, a démontré que la qualité des soins dépend non seulement des ressources médicales disponibles, mais également de la capacité des soignants à communiquer avec les personnes soignées de manière claire, empathique, continue et adaptée, condition essentielle à la confiance et à l'efficacité des interventions de santé publique. Parallèlement, le paysage communicationnel connaît une transformation rapide sous l'effet de la numérisation et des médias sociaux. Avec près de 5,1 milliards d'utilisateurs d'internet en 2023 selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'accès massif à l'information bouleverse les rapports

traditionnels entre professionnels de santé et usagers. Si les technologies facilitent la circulation des savoirs médicaux, elles exposent aussi à une désinformation croissante et à un déplacement de la confiance, désormais plus souvent accordée aux pairs qu'aux experts (OMS, 2023). Ces mutations redéfinissent en profondeur les modalités de la communication dans le champ de la santé et exigent une adaptation des pratiques professionnelles. Dans le domaine de la santé maternelle, ces transformations prennent un relief particulier. Malgré les progrès médicaux, la mortalité maternelle et néonatale demeure élevée, notamment en Afrique subsaharienne où près de 87% (225 000) des décès maternels mondiaux sont enregistrés (OMS, 2023). Le nombre de décès maternels dans certaines zones met en lumière les disparités d'accès à des soins de santé de qualité et souligne l'écart existant entre les riches et les indigents. En 2023, la mortalité maternelle s'élevait à 346 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays pauvres, tandis qu'elle ne représentait que 10 pour 100 000 naissances vivantes dans les nations riches. Entre 2000 et 2023, l'Europe de l'Est et l'Asie du Sud ont connu la plus importante diminution générale du taux de mortalité maternelle. Il a diminué de 75 % (de 38 à 9) et de 71 % (de 405 à 117), successivement. Dans la région subsaharienne de l'Afrique, le taux de mortalité maternelle est demeuré à un niveau élevé en 2023. Cependant, une diminution de 40 % a été observée entre 2000 et 2023. Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement s'observent surtout chez les adolescentes de moins de 15 ans. En outre, les services, quand ils existent, ne sont pas toujours utilisés et ne répondent pas souvent aux normes internationales dans certaines régions. Ces chiffres traduisent non seulement les défis médicaux et structurels, mais aussi des enjeux communicationnels : compréhension des messages de prévention, adhésion aux suivis prénatals, confiance dans les professionnelles, qualité de l'écoute et du dialogue entre soignant et soigné. La patiente du XXIe siècle, plus informée et connectée, attend une relation de soins participative et humanisée, ce qui suppose une communication ajustée, empathique et professionnelle. Dans ce contexte sanitaire, la communication est largement utilisée dans tous les secteurs en lien avec la population, qu'elle soit locale, régionale, nationale ou internationale. Elle constitue une stratégie

incontournable et se manifeste non seulement à travers des paroles transmises oralement ou par écrit, mais aussi à travers des actes, des gestes, des regards, des sourires, des mimiques, des attitudes. Les contenus sont des messages d'explication, de sensibilisation, d'éducation, de prévention et d'information (Daydé et al., 2023).

Parmi les différents domaines de la santé, la santé maternelle constitue un champ où les exigences communicationnelles sont particulièrement importantes. Elle permet de collecter des informations pertinentes sur le motif de la consultation, l'histoire de sa grossesse, d'établir un protocole de surveillance de son évolution basée sur le maintien d'une relation de confiance. Friedrichsen et al. soulignent qu'il s'agit d'un entretien entre soignant et patient se caractérisant idéalement par un va-et-vient flexible alliant de manière équilibrée des informations médicales, mais également des données propres au patient (par exemple, son vécu, ses émotions, ses représentations) (Friedrichsen et al., 2000). Dans cette logique, la communication participe à la qualité des soins et en est indissociable. Elle comporte deux fonctions essentielles : l'échange d'information et l'établissement d'une relation entre la soignante et la patiente (Korsch & Harding, 1997; Lussier & Richard, 2016). Elle occupe une place importante dans la pratique clinique et la continuité des soins (Silverman, Kurtz, & Draper, 2010). En effet, la communication « donne à l'accueil sa tonalité, à l'ambiance sa couleur, à la décision son sérieux, au traitement sa clarté, à l'observance son efficacité » (Mantz & Wattel; 2006, p. 3).

En France, par exemple, pour aborder la communication soignant soigné, on utilise le descriptif de communication thérapeutique (CT). Ce descriptif est rarement employé en Amérique et désigne un sous-ensemble de la communication professionnelle en santé. Mais les recherches montrent que cette expression se retrouve surtout dans les écrits en sciences infirmières qui la définissent comme une interaction en présentiel, entre un soignant et un patient, afin d'améliorer le bien-être émotionnel et physique du patient. Ainsi, la communication thérapeutique repose sur la maîtrise d'un ensemble de stratégies communicationnelles dites verbales (par exemple, poser une question ouverte : que s'est-il passé ensuite?); et non verbales (par exemple, un maintien du

contact visuel, des hochements de la tête) pour atteindre les buts,en particulier la mise en place d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné (Laffan & al., 2011; Phaneuf, 2016).

Ainsi, la communication thérapeutique représente une véritable compétence clinique mobilisée pour comprendre la personne soignée dans sa globalité, reconnaître son expérience vécue et favoriser un partenariat de soins. Cette évolution marque un changement de paradigme où la relation devient elle-même un élément de l'intervention soignante.

Comprendre ses transformations suppose de retracer brièvement son évolution historique afin de comprendre comment la communication est passée d'un simple outil de transmission d'informations à une compétence clinique, relationnelle, éthique indispensable à la qualité des soins.

1.1.2 Historique évolutif de la communication soignant soigné

L'histoire de la communication dans les soins a connu une transformation progressive de la relation entre le professionnel de santé et le patient, reflet des mutations sociales, scientifiques et culturelles qui ont jalonné les systèmes de soins. Avant la Seconde Guerre mondiale, la relation de soin reposait sur un modèle paternaliste, centré sur le médecin et la maladie. Le praticien, souvent généraliste, connaissait bien ses patients, mais la communication était asymétrique : le médecin détenait le savoir et le pouvoir sur le corps du malade, tandis que le patient occupait une position passive et soumise à l'autorité médicale (Holland, 1998, 2002). La communication se limitait alors à une transmission unidirectionnelle de l'information, centrée sur la maladie plutôt que sur la personne. Cette approche invitait à une conception du soin où l'autorité médicale prévaut sur le dialogue. La qualité de la relation reposait principalement sur l'expertise du soignant plutôt que sur la participation de la personne soignée, limitant ainsi la prise en compte de son expérience vécue.

Après la Seconde Guerre mondiale, le développement des technologies médicales, la spécialisation des professions de santé et l'institutionnalisation des soins ont renforcé le modèle biomédical. Bien qu'il ait contribué à d'importants progrès cliniques, ce modèle a progressivement révélé ses limites en accordant une place restreinte aux dimensions relationnelles, émotionnelles et expérientielles du patient (Engel, 1977).

Face à ces limites, un changement de perspective s'est progressivement amorcé à partir des années 1960 et 1970. Sous l'influence des mouvements sociaux, de la bioéthique et des travaux sur le modèle biopsychosocial, le patient est progressivement reconnu comme un acteur à part entière de sa santé. La relation de soin évolue alors vers une approche plus participative, fondée sur le dialogue, l'information et la prise de décision partagée (Allen & Laliberté, 2001). Ces transformations annoncent le passage progressif d'un modèle paternaliste à un modèle participatif et collaboratif.

Dans les années 1980 et 1990, la communication en santé devient un champ d'étude à part entière. Des chercheurs comme Stewart, Levenstein et McWhinney (1986) introduisent la notion de médecine centrée sur le patient, soulignant l'importance de reconnaître la singularité de ce dernier, son expérience de la maladie et ses valeurs. Cassel (1985) met en évidence le rôle du langage comme outil de construction du sens dans la rencontre clinique. Kleinman (1980) insiste sur les dimensions culturelles du soin, en intégrant la diversité des perceptions de la santé et de la maladie. Ces perspectives renouvellent profondément la communication soignant-soigné, désormais envisagée comme un processus interactionnel complexe et contextuel.

Sur le plan des sciences humaines, des chercheurs comme Cosnier et al. (1993) développent l'approche interactionniste qui observe la communication comme une activité située et coconstruite. Cette approche met en lumière la nature coopérative et située de la communication, de même que la manière dont elle façonne les pratiques de soin. Dans la même lignée, les travaux de Watson (1979, 1998, 2005) sur le caring réhabilitent la dimension humaniste du soin, centrée sur la relation transpersonnelle et

la préservation de la dignité du patient. Ces approches marquent un tournant éthique majeur : la communication devient non seulement un outil professionnel, mais aussi une composante du care en tant qu'acte de reconnaissance de l'humanité. Les approches perceptuelles de Combs (1976) et Fawcett (1984) mettent en avant la compréhension du comportement du patient à partir de sa propre perception du vécu, tandis que la relation d'aide et le counseling, inspirés notamment des travaux de Rogers (1945), ont consolidé la conception d'une communication empathique, non directive et respectueuse des valeurs du patient. La communication centrée sur le patient, conceptualisée notamment par Stewart et al. (2003) devient une compétence professionnelle incontournable, corrélée à de meilleurs résultats cliniques et à une plus grande satisfaction des patients. Cette orientation trouve sa pertinence dans une société où le patient, mieux informé et plus autonome, revendique un rôle actif dans la prise de décision (Teutsch, 2003).

En définitive, l'évolution historique de la communication soignant soigné montre bien qu'elle s'est progressivement déplacée d'un modèle paternaliste et hiérarchique vers une approche partenariale reconnaissant la personne soignée comme un acteur à part entière du processus de soin. Cette transformation, issue à la fois des avancées scientifiques, des changements sociaux et des mouvements en faveur des droits des patients, a profondément redéfini la place du dialogue dans la relation thérapeutique. Le soignant n'est plus seulement détenteur d'un savoir médical, mais devient aussi un acteur de médiation, de co-construction du traitement et d'accompagnement dans le développement de l'autonomie du patient.

Ce glissement paradigmatique a conduit les chercheurs à mieux conceptualiser la diversité des interactions communicationnelles qui se déploient dans les pratiques de soins. Cette communication va au-delà de la simple transmission d'informations pour se matérialiser sous différentes formes, selon les objectifs poursuivis, les contextes institutionnels et les besoins des personnes soignées. C'est dans cette perspective

qu'ont émergé plusieurs typologies de communication, permettant de distinguer les multiples registres et fonctions du langage dans la relation de soin que nous allons développer ci-après.

1.1.3 Typologie de communications du soignant et de la personne soignée lors d'une rencontre médicale

La communication en contexte de soins constitue un processus interactionnel complexe qui dépasse la simple transmission d'informations. Elle participe à la coconstruction du sens, à l'établissement de la relation thérapeutique et à l'accompagnement de la personne soignée. Selon les objectifs poursuivis, les différents contextes, les acteurs impliqués et les canaux mobilisés, elle peut prendre différentes formes qui répondent à des fonctions complémentaires. Les travaux en communication, en sciences infirmières et en psychologie proposent plusieurs typologies permettant d'analyser cette diversité interactionnelle (Cosnier et al., 1993; Phaneuf, 2016; Reny, 2018).

Sans prétendre à l'exhaustivité, les principales formes de communications retenues ici sont celles qui éclairent plus particulièrement la relation entre la sage-femme et la mère au cours de la rencontre prénatale. Dans la pratique clinique, ces différentes formes s'articulent continuellement. Une CPN peut ainsi mobiliser successivement une communication fonctionnelle lors du recueil des données cliniques, une communication empathique lorsque la mère exprime une inquiétude, puis une communication éducative visant l'explication des recommandations et la promotion de l'autonomie. Cette complémentarité illustre le caractère dynamique et adaptatif de la communication soignante, qui s'ajuste aux besoins évolutifs de la personne soignée, mais aussi sur la conscience du contexte relationnel dans lequel s'inscrit l'acte de soin. Ainsi, on distingue généralement :

1. La communication verbale repose sur des échanges oraux permettant de recueillir des informations, d'expliquer, de rassurer et de construire une

compréhension commune de la situation clinique. Selon Silverman, Kurtz et Draper (2013), elle constitue un outil central de la consultation clinique, car elle structure la rencontre et permet de négocier un sens partagé autour d'un problème de santé. Dans les consultations prénatales, elle favorise l'expression des préoccupations maternelles, la négociation des décisions et l'accompagnement des choix.

2. La communication non verbale mobilise le regard, la posture, les gestes, les expressions faciales, la voix ou encore le toucher. Ces éléments influencent fortement la perception de l'écoute, de l'empathie et de la confiance, particulièrement dans les soins de proximité tels que le suivi prénatal (Hall & Knapp, 2013). Elle représente souvent plus de 70% du message perçu dans une interaction (Mehrabian, 2007).

3. La communication symbolique s'exprime à travers les rituels de soin (le toucher, la salutation, la remise d'un carnet de suivi, etc.), les gestes professionnels et les marqueurs relationnels qui témoignent du respect, de la reconnaissance et de l'engagement mutuel entre les acteurs du soin.

4. La communication écrite et numérique : Le développement des technologies numériques élargit désormais les possibilités de communication au-delà de la rencontre en présentiel. Les dossiers électroniques, les appels téléphoniques et les applications mobiles sont devenus des moyens privilégiés d'échange d'informations et de suivi des patients (Renaud 2020) favorisent la continuité du suivi, tout en soulevant de nouveaux enjeux organisationnels, relationnels et éthiques.

Par exemple, la typologie de Reny (2018), déclinée ci-après, illustre ainsi, la diversité des formes de communication dans la relation entre l'infirmière et la personne soignée.

Selon le contexte et les circonstances, l'infirmière doit fréquemment changer sa manière de communiquer et adopter le style de communication adéquat (Reny, 2018, p.89).

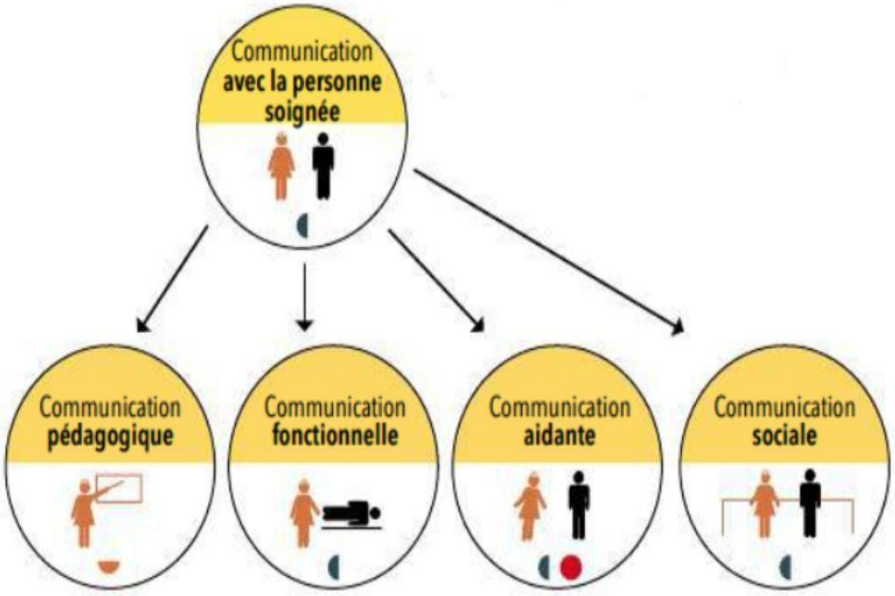


Figure 1: La communication professionnelle infirmière

Toutefois, malgré cette richesse interactionnelle, la communication soignant soigné demeure confrontée à plusieurs obstacles susceptibles d'altérer la compréhension mutuelle, la qualité de la relation thérapeutique et la continuité des soins. L'examen de ces défis permet de mieux situer les enjeux communicationnels qui persistent dans les pratiques contemporaines de santés et conduit naturellement à l'étape suivante.

1.1.4 Défis de la communication entre le soignant et la personne soignée

Malgré sa reconnaissance comme composante essentielle de la qualité des soins, la communication entre le soignant et la personne soignée demeure confrontée à de nombreux défis. Des études montrent que la communication constitue une source fréquente de dysfonctionnement dans les interactions cliniques, pouvant mener à des erreurs, des plaintes ou à une perte de confiance dans le système de santé (Lynn et al., 1997; Queneau et al., 2004). Les recherches de Riesenberg, Leitzsch et Little (2009) ont mis en évidence que chaque transfert d'information au sein du système de santé multiplie les risques d'erreurs liées à une communication insuffisante ou imprécise. Ces lacunes sont d'autant plus préoccupantes qu'elles peuvent compromettre la sécurité des soins et engendrer des évènements indésirables et tout de même évitables. L'étude de Baker et al. (2004), réalisée auprès de patients hospitalisés au Canada, a révélé que 7,5 % des évènements 20 indésirables étaient directement attribuables à des défaillances communicationnelles, représentant près de 70 000 (37%) incidents potentiellement évitables chaque année. Ces chiffres illustrent l'ampleur d'un problème systémique, où la communication devient à la fois un levier de qualité et une source de vulnérabilité. Dans ces circonstances communicationnelles, il est possible de dire qu'entre 9 250 et 23 750 décès par année auraient pu être évités (Baker et al., 2004). Cette situation se répercute également sur les relations professionnelles où, en 2016, près de 30% des plaintes déposées auprès du Bureau du syndic du Collège des médecins du Québec concernaient la qualité de la communication ou l'attitude du médecin dans ses interactions (CMQ, 2016). De même, la majorité des poursuites judiciaires intentées contre les médecins et les hôpitaux mettent en cause une rupture de communication avec les patients (Hardcastle, 2007; Robertson et Picard, 2017). Ces constatations confirment les analyses de la Joint Commission, selon lesquelles l'échec de la communication est impliqué dans plus de 70% des évènements graves liés à la sécurité des patients (Sears et al., 2014).

Les déterminants systémiques et formatifs des difficultés de communication

Au-delà des erreurs individuelles, la recherche met en lumière des causes structurelles. Reny (2018), s'appuyant sur la recension de Chant et al. (2002) distingue deux facteurs principaux à l'origine des difficultés communicationnelles : le faible niveau de formation en communication et les contraintes liées au milieu de soins. Wilkinson (1992) souligne que les compétences communicationnelles, si essentielles soient-elles, ne peuvent se déployer efficacement sans un environnement organisationnel favorable, propice à une communication ouverte et sécurisée. En d'autres termes, la compétence relationnelle du soignant ne peut être dissociée de la culture institutionnelle dans laquelle elle s'exerce (p. 36). La revue de littérature de Chant et al. (2002), fondée sur l'analyse de plus de 200 publications, a révélé de fortes disparités dans les programmes de formation en communication des professionnels de la santé. Ces variations concernaient tant les contenus pédagogiques que la durée des enseignements, les méthodes d'évaluation ou les dispositifs de formation continue (Reynolds & al., 1999; Hargie & al., 1998). Plusieurs études ont également montré des lacunes dans la capacité des soignants à adapter leur communication à des publics spécifiques : personnes âgées (Caris-Verhallen & al., 1997), patients atteints de cancer (Fallowfield & Jenkins, 1999), personnes sourdes (Hines, 2000), ou encore patients en soins intensifs (Baker & Melby, 1996). Ces précisions confirment la nécessité d'une approche contextualisée de la communication, sensible à la diversité des situations et aux besoins particuliers des usagers.

Les dimensions éthiques et humaines de la communication en soin

Les défis de la communication ne sont pas uniquement techniques ou pédagogiques; ils touchent aussi aux dimensions éthiques et humanistes du soin. Comme le rappelle Phaneuf (2013), la communication doit garantir le respect de la dignité, du consentement éclairé et du droit à l'information du patient (p. 12). Une communication déficiente ou autoritaire peut être perçue comme une forme de violence symbolique,

particulièrement lorsque le patient ne comprend pas les soins qui lui sont administrés. À cet égard, la communication soignante constitue un espace de compromis et de négociation, où s'élaborent la collaboration et la reconnaissance mutuelle entre soignant et la personne soignée. Par ailleurs, les barrières linguistiques, culturelles et émotionnelles contribuent souvent à renforcer les malentendus entre soignante et soignée (Finocchio et al., 1995; Robert, 1999). Les patients évoquent fréquemment une incompréhension du langage médical, une gêne à poser des questions, ou encore une perception de distance relationnelle. Ces difficultés, souvent amplifiées par la littératie en santé limitée de certaines populations, témoignent de la nécessité d'adapter les stratégies de communication à la diversité socioculturelle des contextes de soin.

Ainsi, bien que les connaissances scientifiques aient permis de mieux comprendre les enjeux de la communication en santé, plusieurs défis persistent dans les pratiques cliniques contemporaines. Ces constats invitent à examiner comment ces enjeux se manifestent dans des contextes spécifiques de soins. Dans cette perspective, il apparaît pertinent de situer la réflexion dans le contexte gabonais, où les réalités organisationnelles, socioculturelles et professionnelles façonnent les expériences communicationnelles vécues lors des consultations prénatales.

1.2 Situation contextuelle du Gabon

La compréhension de la communication prénatale entre les sages-femmes et les mères nécessite une prise en compte du contexte dans lequel s'inscrivent les pratiques de soins. La présentation du contexte gabonais n'est pas qu'un cadre descriptif, mais une composante essentielle de la compréhension du phénomène étudié. En effet, la communication en milieu prénatal ne peut être appréhendée de manière universelle, car elle s'inscrit toujours dans des environnements sociaux, culturels et institutionnels particuliers. Le Gabon, par sa diversité géographique, linguistique et culturelle, mais

aussi par les inégalités territoriales dans l'accès aux soins, offre un terrain d'étude particulièrement révélateur des enjeux communicationnels entre sages-femmes et mères.

1.2.1 Contraintes géographiques et environnementales

Le Gabon, situé au cœur de l'Afrique centrale, constitue un espace géographique singulier par la richesse de son environnement naturel et la diversité de ses réalités territoriales. Traversé par l'Équateur, le pays partage ses frontières avec la Guinée Équatoriale au Nord-Ouest, le Cameroun au Nord, la République du Congo-Brazzaville à l'Est et au Sud, et s'ouvre à l'Ouest sur l'Océan Atlantique. Sa superficie est estimée à 267.667 km², dont près de 88 % sont couverts par la forêt équatoriale, conférant au pays un climat chaud, humide et stable, caractéristique des zones tropicales. La température moyenne annuelle avoisine les 26°C, avec une hygrométrie supérieure à 80 %. Cette abondance naturelle s'accompagne d'un maillage territorial dense : neuf provinces, 48 départements, 26 districts, 52 communes, 35 arrondissements, 164 cantons, 969 regroupements de villages et 2 743 villages *(source : Tableau récapitulatif des circonscriptions administratives du Gabon, provenant du ministère de l'Intérieur, 2023)*.



Figure 2 : Carte administrative du Gabon (PNS, 2023. p. 6)

Le Gabon fait partie des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, dont l'économie repose principalement sur l'exploitation du pétrole, du manganèse et du bois. Malgré une volonté politique de diversification économique, le secteur pétrolier demeure prépondérant, représentant près de 40 % du PIB et 70,5 % des exportations en 2020 (Banque mondiale, 2023). 24 Sur le plan démographique, la population gabonaise, estimée à 2,3 millions d'habitants en 2021, croît à un rythme annuel moyen de 2,9 %. Le pays est fortement urbanisé; plus de 80 % des habitants résident dans les grands

centres urbains, principalement Libreville et Port-Gentil, qui concentrent à elles seules près de 60 % de la population totale. Cette forte concentration urbaine, conjuguée à la dispersion de certaines zones rurales faiblement desservies, engendre d'importantes disparités territoriales en matière d'accès aux soins, à l'éducation et aux infrastructures sanitaires de base. Un Gabonais sur deux est âgé de moins de vingt ans, ce qui confère au pays une structure démographique jeune et une demande accrue en services de santé maternelle et infantile. Environ, un tiers de la population vit en situation de pauvreté, et les mères sont davantage touchées par le chômage (22,9 %) que les hommes (13 %). L'espérance de vie en bonne santé demeure limitée à 57,6 ans, représentant l'impact des maladies chroniques et infectieuses persistantes. Le contexte socioculturel du pays est marqué par une grande diversité ethnique (plus de quarante groupes) et une coexistence religieuse harmonieuse entre le christianisme, l'islam et les religions traditionnelles. Le français, langue officielle et véhiculaire, favorise la communication interethnique, mais la pluralité linguistique demeure un facteur de différenciation sociale et culturelle, notamment dans la relation soignante soignée. Le taux d'alphabétisation atteint 85 %, avec toutefois des écarts notables entre zones urbaines et rurales selon le Recensement général de la population (RGPL, 2021).

Ces disparités éducatives influencent la compréhension des messages de santé, en particulier, les conseils préventifs et de suivi prénatal. Ces données géographiques et environnementales ne sont pas purement descriptives; elles permettent de saisir les conditions structurelles et territoriales dans lesquelles s'inscrivent les pratiques de soins au Gabon. La dispersion de la population, les distances entre les zones urbaines et rurales et la forte couverture forestière rendent parfois l'accès aux structures de santé difficile, particulièrement pour les mères vivant dans des régions enclavées. Ce contexte géographique, économique et socioculturel complexifie la mise en œuvre des soins prénatals continus et la qualité de la communication entre la sage-femme et la mère, notamment lorsqu'il s'agit d'assurer un suivi régulier, une information claire et un accompagnement personnalisé. Dans ce sens, il n'est pas un simple espace de recherche, mais un terrain signifiant où se jouent les interactions entre politiques de

santé publique, contraintes matérielles et pratiques communicationnelles quotidiennes des sages-femmes.

1.2.2 Système de santé du Gabon

1.2.2.1 Organisation du système de santé gabonais et enjeux pour la communication prénatale

Selon le Programme national de Développement sanitaire (*PNDS 2024-2028 de novembre 2023)*, le système de santé gabonais repose sur une organisation hiérarchisée regroupant différents niveaux de soins et divers acteurs publics (civil et militaire), privés (lucratif ou non, incluant la médecine traditionnelle) et communautaires. Le secteur public civil est structuré selon un modèle pyramidal à trois niveaux (périphérique, intermédiaire et central), calqué sur celui de l'administration générale. En principe, le pays compte six régions et 36 départements sanitaires (Décret n°0142/PR/MSPS du 2 mars 2015), mais cette réforme n'a pas encore été pleinement appliquée. Le système fonctionne encore selon l'ancien découpage en dix régions et 51 départements sanitaires (Décret n° 488/PR/MSPP du 30 mai 1995 portant création et organisation des régions et départements sanitaires). Le niveau central ou tertiaire comprend l'ensemble des directions nationales, les programmes de santé, les instituts de recherche et les structures hospitalières de référence, dont quatre Centres Hospitaliers universitaires (CHU), le Centre Interdisciplinaire de Recherches médicales de Franceville (CIRMF), le Centre de Recherches médicales de Lambaréné (CERMEF) et le Laboratoire National de Santé publique (LNPS). Le niveau intermédiaire ou secondaire correspond aux dix (10) directions régionales de santé et aux huit (8) centres hospitaliers régionaux (CHR) implantés dans les chefs-lieux des provinces, jouant un rôle de relais entre le niveau central et les structures locales. Enfin, le niveau périphérique ou primaire, appelé département sanitaire, est composé des hôpitaux départementaux, des centres et dispensaires de santé, ainsi que des cases de santé, constituant le premier point de contact avec les populations. Le secteur militaire,

rattaché au ministère de la Défense, comprend les hôpitaux d'instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO) et d'Akanda (HIAA), des centres de santé militaires, un réseau d'infirmeries, ainsi que des institutions de formation comme l'École d'Application du Service de Santé militaire de Libreville (EASSML) et l'Université des Sciences et techniques de la santé. Par ailleurs, le service de santé militaire peut déployer des hôpitaux de campagne, version tentes et version motorisée. Il existe aussi des infirmeries de prisons dont le personnel relève du ministère responsable de la Justice. Quant au secteur privé non lucratif, il inclut plusieurs hôpitaux de mission tels que l'Hôpital Albert Schweitzer à Lambaréné, l'Hôpital Évangélique de Bongolo à Lébamba, l'hôpital de COMILOG à Moanda en plus des structures confessionnelles et humanitaires. Le secteur privé lucratif, pour sa part, présente une offre variée comme des polycliniques, les cabinets médicaux, les cabinets de soins infirmiers, les cabinets dentaires, les cabinets d'accouchement, les cabinets de consultation pré et postnatale, les cabinets d'imagerie médicale, les cabinets d'opticien-lunetier, les cabinets de kinésithérapie et de massage, les laboratoires de prothèses dentaires, les centres de réadaptation et d'appareillage pour handicaps, les laboratoires d'analyses médicales, les officines de pharmacie, les dépôts de produits pharmaceutiques, les établissements de grossiste répartiteurs de médicaments, réactifs de laboratoire d'analyse médical et autres produits pharmaceutiques, les établissements de fabrication de produits pharmaceutiques et de réactifs de laboratoire, les établissements de vente des réactifs et matériels biomédical, les établissements de vente des produits dermocosmétiques et des compléments alimentaires à but thérapeutique, les établissements de vente de substances chimiques et précurseurs de médicaments, les établissements privés de formation professionnelle préparant aux carrières paramédicales, les sociétés de prestation d'hygiène publique et d'assainissement, les centres de procréation médicalement assistée, les établissements de soins traditionnels, les établissements de vente de médicaments traditionnels améliorés, les unités de production de médicaments traditionnels, les maisons de pompes funèbres, et de façon générale toute structure

sanitaire privée à but lucratif dont la mission première est d'améliorer, de maintenir ou de préserver la santé (p. 10).

Cette architecture institutionnelle, bien que diversifiée, révèle des déséquilibres importants dans la répartition géographique et fonctionnelle des ressources humaines et matérielles. La majorité des infrastructures modernes se concentrent à Libreville, capitale gabonaise et dans les grands centres urbains, tandis que les zones rurales, où réside une part significative des mères, demeurent sous-dotées. Dans ces contextes périphériques, les SF constituent le principal, voire l'unique point de contact entre le système de santé et la mère. Cette réalité renforce la dimension stratégique de la communication prénatale. En effet, l'efficacité des interventions de santé maternelle dépend largement de la compétence des sages-femmes à instaurer un dialogue empathique, informatif et culturellement adapté, malgré les contraintes logistiques, la surcharge de travail et le manque d'équipements. Par ailleurs, la coexistence de plusieurs niveaux de soins et de canaux d'accès (public, privé, traditionnel) crée parfois une fragmentation des messages délivrés aux mères, augmentant le nombre, par exemple, des retards de suivi ou des abandons.

Assurance Maladie, accès aux soins et continuité relationnelle

Instituée par l'Ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007, la Caisse Nationale d'assurance maladie et de garantie sociale (CNAMGS) représente une réforme majeure du système sanitaire gabonais. Conçue pour instaurer un régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale, elle constitue l'un des piliers de la politique de santé. En 2022, elle comptait 1 751 868 assurés et ayants droit, dont 56% (987 773) de Gabonais économiquement faibles (GEF), soit près de 75% de la population nationale couverte (PNDS, 2023). Son financement repose sur un modèle solidaire combinant les cotisations patronales et salariales, la redevance obligatoire pour l'assurance maladie (ROAM), la contribution spéciale de solidarité (CSS), la taxe sur les transferts de fonds hors Communauté économique des États de l'Afrique centrale (CEMAC) et les subventions publiques. Cette couverture universelle a marqué un

progrès significatif dans la protection contre les risques de maladie et dans la réduction des inégalités aux soins. Elle a contribué à limiter les dépenses de santé catastrophiques et à traduire, dans les faits, le principe de solidarité nationale, notamment envers les groupes les plus vulnérables. Cependant, des inégalités persistent, notamment dans le domaine de la santé maternelle. Malgré les mesures de gratuité partielle des accouchements dans les hôpitaux publics, certaines mères demeurent exclues de la couverture, en raison de dysfonctionnement administratif, de retards d'enrôlement ou d'un manque d'information.

Ces défaillances du dispositif d'assurance influent directement sur la communication prénatale. Une mère non assurée ou mal couverte peut craindre les coûts liés au suivi prénatal et retarder son inscription, réduisant ainsi la fréquence de ses consultations. Cette situation compromet non seulement la surveillance médicale de la grossesse, mais aussi la construction progressive d'une relation de confiance entre la sage-femme et la mère, relation qui repose sur la continuité des échanges et la disponibilité des actrices. L'assurance maladie devient ainsi non seulement un instrument économique, mais aussi un déterminant communicationnel, dans la mesure où elle conditionne les possibilités d'interaction régulière, de conseil et de suivi prénatal, périnatal et postnatal de qualité. Dans cette perspective, la CNAMGS n'est pas uniquement un dispositif de financement des soins, elle constitue un cadre de justice communicationnelle. L'accès universel et effectif à la couverture médicale facilite une communication égalitaire, dans laquelle chaque mère, quelle que soit sa condition sociale, peut bénéficier d'un accompagnement bienveillant, informé et continu de la part des sages-femmes.

Formation des sages-femmes et qualité de la communication prénatale

La formation initiale du personnel de santé, en particulier celle des sages-femmes et des infirmières accoucheuses, reste un levier déterminant de la qualité de la communication prénatale. La réforme de l'École Nationale d'Action sanitaire et sociale (ENASS), appuyée par la coopération canadienne et marocaine, a abouti à la création

de l'Institut National de Formation d'Action sanitaire et sociale (INFASS) par la loi n° 20/2010 du 27 juillet 2010. Cependant, cette réforme demeure inachevée. Plusieurs textes d'application n'ont pas été adoptés, les organes de gouvernance ne sont pas tous opérationnels, et les filières de formation des infirmiers accoucheurs (IAC) dans les EPFASS (antennes provinciales de l'INFASS) restent incomplètes faute d'enseignant, de locaux et de financements suffisants (PNDS, 2023). Ces limites structurelles entraînent une faible capacité d'accueil et, par conséquent, une pénurie persistante de ressources humaines qualifiées dans le réseau sanitaire, notamment dans les zones périphériques. Or, les sages-femmes qui exercent dans ces contextes sont souvent confrontées à des conditions de travail exigeantes comme l'isolement professionnel, l'insuffisance d'équipement et des surcharges de consultations. Dans ce cadre, la communication devient une compétence adaptative, indispensable pour maintenir la qualité de la relation soignante malgré la pression structurelle.

Au niveau universitaire, la formation des sages-femmes relève de l'Université des Sciences de la Santé (USS) du Gabon et s'étale sur trois ans après l'obtention d'un baccalauréat scientifique. Bien que le curriculum intègre des enseignements liés à la relation de soin, à la psychologie ou à l'éthique professionnelle, les compétences communicationnelles demeurent insuffisamment explicitées, enseignées ou évaluées de manière systématique, laissant persister un écart entre les exigences relationnelles de la clinique et la préparation des futurs professionnels. Elles sont le plus souvent abordées de manière transversale, au sein de différents cours ou des stages cliniques, sans constituer un champ de formation autonome. Ainsi, les dimensions psychosociales, relationnelles, éducatives et interculturelles de la communication demeurent relativement peu développées comparativement aux apprentissages biomédicaux et techniques. Or, ces dimensions sont essentielles dans les consultations prénatales, où l'écoute, l'empathie, la pédagogie, la négociation du sens et l'accompagnement des mères influencent directement leur expérience des soins, leur compréhension des informations reçues, leur adhésion au suivi prénatal et leur participation aux décisions qui concernent leur santé**.**

Ainsi, la formation initiale des infirmières-accoucheuses et des sages-femmes ne doit pas être envisagée uniquement sous l'angle biomédical, mais comme un espace de socialisation professionnelle où se construisent les représentations de la relation soignante et les compétences communicationnelles qui la soutiennent. Un renforcement des curricula en ce sens permettra d'améliorer la qualité du dialogue prénatal et de consolider la posture réflexive des praticiennes face à la diversité socioculturelle des mères gabonaises.

1.2.2.2 Profil sanitaire et enjeux communicationnels en santé prénatale

Le profil sanitaire du Gabon demeure marqué par des défis persistants en santé maternelle et néonatale, malgré les progrès observés au cours des dernières décennies. Selon le Programme national de Développement sanitaire (PNDS 204-2028), le taux de mortalité des adultes de 15 à 60 ans a connu une baisse, passant de 288 à 210 pour 1000 habitants dans la période 2010-2020.

Pour ce qui est de la mortalité maternelle (environ 226,6 décès pour 100 000 naissantes vivantes en 2023), elle demeure une préoccupation majeure de santé publique. Au-delà des déterminants biomédicaux et organisationnels, plusieurs documents stratégiques nationaux soulignent la nécessité de renforcer les interventions de promotion de la santé, d'information, d'éducation, de communication (IEC) et de participation communautaire afin d'améliorer le recours aux services de santé maternelle.

La mortalité des enfants de moins de 5 ans a nettement reculé (de 92 à 39 décès pour 1000 naissances vivantes), tout comme la mortalité infantile (sans les nouveau-nés) est passée de 43 à 28 décès pour 1000 naissances vivantes, et la mortalité néonatale est passée de 26 à 18 décès pour 1000 naissances vivantes (PNDS, 2023. p. 19). Ces progrès, bien que réels, demeurent fragiles et inégalement répartis entre les zones urbaines et rurales. L'examen des causes de décès montre une charge sanitaire : la persistance des maladies transmissibles et la montée des maladies non transmissibles, caractéristiques d'une transition épidémiologique en cours.

Les données du PNDS (2024-2028) s'est fixé comme objectif d'augmenter la proportion des mères réalisant au moins quatre CPN de 78 % à 90 % d'ici 2028, tout en renforçant les soins de santé primaires, la participation communautaire et des services davantage centrés sur la personne. Cependant, on note une augmentation de la mortalité liée à la tuberculose (de 81 à 94 décès pour 100 000 habitants), tandis que celle du paludisme a considérablement diminué (de 96 à 11 décès pour 100 000 habitants), témoignant d'un meilleur accès aux traitements antirétroviraux et d'une amélioration de la communication préventive, notamment par le *counseling* et le dépistage volontaire.

En revanche, la proportion de la population protégée par des mesures préventives reste insuffisante; seuls 21 % dorment sous Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'efficacité (MIILDE) contre 27% en 2017, illustrant une faiblesse du volet promotionnel de la santé. De même, l'utilisation de méthodes modernes de contraception est passée de 24% en 2017 à 17% en 2021, ce qui limite la planification familiale et l'espacement des naissances, deux leviers essentiels à la réduction de la mortalité maternelle.

Concernant la santé prénatale, les indicateurs témoignent d'une adhésion mitigée aux consultations prénatales. La proportion des femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites prénatales (CPN4) stagne à 78 % depuis 2021. Au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL), le rapport 2024 de l'unité des soins prénatals révèle que, sur 5732 accouchements, 2482 consultations prénatales ont été enregistrées (43,3 %), dont seulement 1787 femmes enceintes ont effectué au moins trois consultations, contre 113 qui ont réalisé les huit consultations recommandées par l'OMS, soit 4,5% des mères. Près de 85 femmes enceintes (soit 3,5%) ont été recommandées à un obstétricien en présence d'une pathologie sous-jacente ou d'un utérus cicatriciel. Le taux de couverture des femmes enceintes en TPI 3 est de 38% en 2021. Au-delà de leur dimension clinique, ces données traduisent non seulement des contraintes logistiques et financières, mais aussi des obstacles communicationnels

comme le manque de sensibilisation, les représentations erronées de la grossesse, la méfiance vis-à-vis du personnel soignant et des inégalités d'accès aux soins préventifs. Dans cette perspective, la consultation prénatale ne constitue pas uniquement un acte médical. Elle représente également un espace de dialogue, d'information et d'accompagnement où se construit progressivement la relation entre la sage-femme et la mère.

Ainsi, le profil sanitaire du Gabon, marqué par le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles et par une mortalité maternelle persistante, met en lumière la nécessité d'un renforcement de la communication prénatale comme levier de santé publique. Au-delà des données épidémiologiques, ce profil montre les enjeux humains et relationnels de la santé maternelle. Il s'agit non seulement de soigner, mais de communiquer pour soigner, en redonnant à la parole, à l'écoute et à la pédagogie toute leur place dans la prise en charge périnatale.

1.2.2.3 Défis structurels du système de santé et incidences sur la communication

Les orientations nationales mettent en évidence plusieurs défis liés à la gouvernance, à l'organisation des services, à la disponibilité des ressources humaines et à l'accessibilité des soins. Ces contraintes influencent directement les conditions dans lesquelles les professionnelles de santé exercent leur rôle auprès des mères.

Dans plusieurs contextes, les sages-femmes doivent composer avec une surcharge de travail, des ressources limitées et des contraintes organisationnelles susceptibles de réduire le temps consacré aux échanges avec les mères. Or, la qualité du suivi prénatal dépend non seulement de la réalisation des actes cliniques, mais également de la capacité à instaurer une relation de confiance, à transmettre des informations adaptées et à accompagner les mères dans leurs décisions de santé.

La communication apparaît ainsi comme une ressource stratégique permettant d'atténuer certaines limites structurelles du système de soins et de renforcer la continuité du suivi prénatal.

Cette fonction stratégique de la communication repose toutefois sur la disponibilité d'informations fiables permettant aux professionnelles d'adapter leurs interventions aux réalités sanitaires du contexte.

.

1.2.2.4 Information sanitaire, surveillance et soutien à la pratique communicationnelle

Pour une prise de décision éclairée, l'autorité politico-administrative doit disposer d'informations fiables, disponibles et constamment actualisées (OMS, 2022). Dans cette optique, la performance du système d'information sanitaire constitue un indicateur important de la gouvernance en santé publique (PNDS, 2024-2028). Le ministère de la Santé doit, à ce titre, pouvoir s'appuyer sur un système national d'information sanitaire (SNIS) efficace, intégrant l'ensemble des acteurs publics, parapublics, militaires et privés pour garantir une vision globale et cohérente de la situation sanitaire nationale.

Au Gabon, le SNIS et le dispositif de surveillance épidémiologique restent peu performants, bien que des progrès aient été réalisés ces dernières années, notamment avec l'harmonisation des outils de collecte des données, la formation du personnel et l'intégration des indicateurs d'alerte précoce (PNDS, 2023, p. 16). Des initiatives, comme la sensibilisation des professionnels à l'importance de la remontée des données et l'élaboration d'une stratégie de gestion du changement lié à l'usage de l'informatique, reflètent une volonté d'amélioration. Cependant, plusieurs faiblesses persistent : complexité des formulaires, retards dans la transmission, manque de traitement des données, absence de rétro-information et faible accessibilité des technologies de l'information dans les zones rurales. À cela s'ajoute la difficulté de centralisation des informations provenant du secteur privé, ainsi que la vétusté du logiciel national de gestion (Infosani).

Le déficit d'intégration des capacités prévues par le Règlement sanitaire international (OMS, 2016) limite par ailleurs la réactivité du pays face aux urgences sanitaires. Si

les progrès sont notables en matière de notification des maladies à déclaration obligatoire, d'investigation des épidémies et de formation du personnel, la coordination intersectorielle demeure insuffisante, faute d'un cadre formalisé de planification et de suivi-évaluation (PNDS, 2023). En conséquence, la production de documents stratégiques tels que les annuaires statistiques, les cartes sanitaires ou les tableaux de bord reste inconstante et incomplète, démontrant un système encore fragmenté.

Ces insuffisances du SNIS entraînent des répercussions directes sur la qualité des soins prénatals et la communication qui les accompagne. En effet, la pratique sage-femme s'inscrit dans une logique de veille et d'adaptation permanente aux données de santé publique. Les informations issues de la surveillance épidémiologique, qu'il s'agisse des alertes sur la recrudescence des pathologies infectieuses, des campagnes de vaccination ou des tendances en santé maternelle, influencent à la fois les pratiques professionnelles et le contenu des messages transmis aux futures mères. Or, lorsque le système d'information est défaillant, la communication prénatale s'en trouve fragilisée; la sage-femme dispose de moins de données fiables pour orienter son discours, rassurer la mère ou adapter les conseils aux réalités épidémiologiques locales. À l'inverse, un SNIS performant favorise une communication fondée sur les données actualisées, claires et contextualisées, renforçant ainsi la confiance et l'adhésion thérapeutique.

Ainsi, l'information sanitaire et la surveillance épidémiologique ne constituent pas uniquement des instruments de pilotage du système de santé, mais aussi des outils nécessaires à la profession des sages-femmes. Elles orientent la manière dont les risques, les comportements préventifs et les enjeux de santé publique sont traduits dans le dialogue prénatal. La communication devient alors un acte de santé publique qui transforme des données techniques parfois anxiogènes en messages intelligibles, rassurants et porteurs de sens pour la mère.

Ces dimensions institutionnelles prennent une signification particulière lorsqu'elles sont examinées à travers le rôle spécifique occupé par les sages-femmes dans le système de santé gabonais.

1.2.2.5 Particularités de la pratique sage-femme au Gabon

La santé maternelle et néonatale constitue un indicateur majeur du développement d'un pays et un enjeu de justice sociale. Elle reflète à la fois la performance du système de santé et le niveau d'équité d'une société (OMS. 2016). Au Gabon, l'intérêt tout particulier que l'équipe gouvernementale actuelle et des partenaires internationaux accordent à la dyade mère-enfant témoigne d'une volonté affirmée de renforcer la qualité des soins et de réduire les indicateurs encore préoccupants de morbidité et de mortalité et néonatale. Cet engagement est explicité dans les textes et les règlements en vigueur comme la Charte de la transition (2023) qui fait de la santé de la mère et de l'enfant une priorité.

La communication apparaît dans ce contexte comme un levier transversal, mobilisé à la fois dans la gouvernance publique et dans la diffusion de l'information sanitaire. En effet, des efforts de numérisation des communications à travers le renouvellement des médias nationaux, l'équipement des zones reculées en dispositifs audiovisuels et la modernisation des circuits facilitent la modernisation des circuits d'information sanitaire. Ces initiatives favorisent l'accessibilité des campagnes de sensibilisation, notamment celles portant sur la santé reproductive, maternelle et infantile. Cette dynamique, soutenue par des partenaires comme l'OMS, et la Banque Mondiale, tend à replacer la communication sanitaire au cœur du dispositif de soins.

Sur le plan clinique, les sages-femmes occupent une place stratégique dans la mise en œuvre de ces politiques publiques. Elles assurent un continuum de soins qui englobent la prévention, le suivi prénatal, la prise en charge de l'accouchement et le suivi postnatal. En contexte gabonais, où les médecins-obstétriciens demeurent concentrés dans les grands centres urbains, la sage-femme constitue souvent le premier et parfois le seul point de contact des mères avec le système de santé, surtout dans les zones périphériques. Cette proximité confère à leur clinique une forte dimension relationnelle et communicationnelle.

Les soins offerts lors des CPN s'appuient sur les directives actualisées de l'OMS (2016), qui recommandent huit contacts prénatals tout au long de la grossesse, en remplacement des quatre visites antérieurement prescrites. Ce nouveau modèle vise à augmenter le nombre d'examens de la mère et du fœtus afin de détecter des problèmes, améliorer la communication entre les prestataires de soins et les femmes enceintes et accroître la probabilité que la grossesse connaisse une issue positive. Il préconise qu'une première consultation ait lieu au cours des douze premières semaines de grossesse et que les consultations suivantes soient prévues aux 20^{e}, 26^{e}, 30^{e}, 34^{e}, 36^{e}, 38^{e}, et 40^{e} semaines selon le tableau ci-après :

Tableau 1 : Calendrier des rencontres prénatales

Premier trimestre	Contact 1 : de l'absence des menstrues jusqu'à 12 semaines
Deuxième trimestre	Contact 2 : 20 semaines Contact 3 : 26 semaines
Troisième trimestre	Contact 4 : 30 semaines Contact 5 : 34 semaines Contact 6 : 36 semaines Contact 7 : 38 semaines Contact 8 : 40 semaines

Pour l'OMS (2016), le fait de prévoir huit consultations au lieu de quatre permet de ramener le taux de mortalité périnatale à 8 pour 1000 naissances vivantes. Selon le contexte du pays, la définition de « contact » peut inclure un modèle plus familier des consultations prénatales et/ou de conseils pour les mères au niveau des ménages et de la communauté. Ainsi, le mot « contact » est plus adapté plutôt que le mot « visite ». En effet, il implique un lien actif entre une future mère et un prestataire de soins de santé. Le « contact » peut être adapté aux contextes locaux par des programmes

d'action de proximité communautaire et faire intervenir des agents de santé non professionnels.

Le Gabon a officiellement adhéré à cette approche en 2018, dans le cadre de son plan stratégique pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Cependant, la proportion des femmes ayant effectué au moins quatre visites prénatales (CPN4) demeure stable à 78%.

Par ailleurs, le tableau 2 présente les données de consultation prénatale par région sanitaire (EDSG-III, p. 164).

Régions Sanitaires	Première consultation	Deuxième consultation	Troisième consultation	Quatrième consultation	Plus de quatre consultations	Femmes enceintes malnutries	Femmes Anémiées	Consultations, moins de 18 ans	Référées
Libreville-Owendo-Akanda	7 084	21 236	6 667	3 942	4 670	496	2 306	863	546
Sud Est	3 663	3 301	2 963	2 481	3 084	33	1 910	928	81
Ouest	1 251	608	625	709	574	218	217	180	17
Centre	2 206	1 783	1 519	1 158	1 621	1	681	447	59
Centre Sud	3 306	2 685	2 386	1 992	2 143	7	596	526	58
Sud	674	673	508	438	533	119	146	245	113
Est	1 798	1 495	1 198	912	722	31	249	434	26
Centre Est	252	229	210	130	182	-	77	70	9
Maritime	1 716	1 879	1 320	981	650	75	227	100	-
Nord	1 661	1 134	954	547	480	7	88	683	19
TOTAL GABON	**23 611**	**35 023**	**18 350**	**13 290**	**14 659**	**987**	**6 497**	**4 476**	**928**

Dans l'ensemble, parmi les mères ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, plus de neuf sur dix (97 %) ont reçu des soins prénatals par un professionnel de la santé (médecins, gynécologues, sages-femmes, infirmières et infirmières accoucheuses). Ces consultations ont été principalement effectuées par des sage-femmes (67 %) et des gynécologues (26 %). Très peu de consultations ont été faites par les infirmiers accoucheurs ou les infirmières accoucheuses (1 %). On note que 3 % des femmes n'ont pas reçu de soins prénatals. Certaines variations par caractéristiques sociodémographiques ont été reportées lors de la troisième enquête démographique de santé du Gabon (EDSG-III- 2019-2021). Bien qu'élevée dans tous les sous-groupes de femmes, la couverture en soins prénatals par du personnel de santé qualifié demeure plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (98 % contre 90 %). Dans toutes les provinces, la couverture en soins prénatals est très élevée : plus de neuf mères sur dix ayant reçu des soins prénatals par du personnel formé. Seule la province de l'Ogooué-Ivindo enregistre un pourcentage un peu plus faible de femmes ayant reçu des soins prénatals (87 %). La couverture en soins prénatals est un peu plus faible parmi les mères ayant le niveau primaire (92 % contre 98–100 % parmi celles ayant le niveau d'instruction secondaire et supérieure (p. 164).

Le SNIS (2021) montre que les taux de couverture vaccinale antitétaniques et antipaludiques atteignent respectivement 55,3% et 68,4% entre 2017 et 2021.

Tableau 3 : calendrier de vaccination antitétanique

DOSE	PÉRIODE D'ADMINISTRATION	DURÉE DE PROTECTION CHEZ LA mère
DT 1	Dès que possible durant la grossesse (ou dès le 1er contact avec un agent de santé lorsque la jeune femme atteint l'âge de procréer)	**Aucune**
DT 2	1 mois après DT 1	**1 à 3 ans**
DT 3 (rappel 1)	6 mois après DT 2	**5 ans**
DT 4 (rappel 2)	1 an après DT 3	**10 ans**
DT 5 (rappel 3)	1 an après DT 4	**Pour toutes les années de procréation**

Selon le rapport annuel du Programme national de lutte contre le paludisme (2024), 22 675 femmes enceintes ont reçu de deux doses de SP, soit 74,59%, et 19 815 femmes enceintes ont bénéficié de trois doses de couverture antipaludiques, soit 65,18% des femmes enceintes ayant utilisé les services de CPN. Près de 3 441 cas de paludisme ont été enregistrés chez les futures mères en 2024, soit une incidence de 38,43 cas pour 1000 habitants. 43 273 enfants âgés de moins de 5 ans ont souffert de paludisme en 2024, soit une incidence de 112,23 cas pour 1000 habitants et 1 157 séances d'IEC axées sur le paludisme ont été réalisées (p. 11).

Ces chiffres traduisent les défis persistants de communication, d'adhésion et d'accès aux soins, particulièrement dans les zones enclavées ou défavorisées.

Les interventions prénatales incluent des actions essentielles telles que la prévention du paludisme pendant la grossesse, un enjeu de santé publique d'envergure.

Cette prévention repose sur :

- ✓ L'administration du traitement préventif intermittent (TPI) à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) dès la 13^{e} semaine de grossesse ou dès l'apparition des mouvements fœtaux, à raison de six (6) doses espacées de quatre semaines ;
- ✓ La distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'efficacité (MIILDE);
- ✓ Les conseils d'assainissement de l'environnement.

À cela s'ajoutent la supplémentation en fer et en acide folique pour prévenir l'anémie, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA (PTME), le déparasitage systématique, le dépistage des infections sexuellement transmissible (IST) et la vaccination antitétanique de la femme enceinte.

Ces actions préventives et curatives s'inscrivent dans la logique de soins intégrés fondés sur les recommandations de l'OMS (2016), selon lesquelles les soins prénatals demeurent une plateforme privilégiée de promotion de la santé, de dépistage, de diagnostic et de prévention. Ces soins offrent en outre une occasion particulière de communiquer avec les futures mères, leurs familles et leurs communautés à un moment critique de la vie reproductive. Cette dimension communicationnelle, loin d'être secondaire, est désormais reconnue comme un indicateur de qualité des soins prénatals, car elle conditionne la compréhension, l'adhésion et la satisfaction des mères face à la prise en charge.

Malgré ces interventions, le Gabon continue d'enregistrer des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale tels que présentés plus haut. Ces indicateurs soulignent des fragilités structurelles comme la répartition inégale du personnel qualifié dans toutes les structures sanitaires, les ressources insuffisantes, les inégalités d'accès, les lourdeurs administratives et les contraintes financières des mères non assurées. Dans les centres urbains, la densité de mères avec près de 35 CPN par jour pour une sage-femme, engendre souvent une surcharge de travail, réduisant le temps accordé à chaque consultation et, par conséquent, la qualité de l'écoute et du dialogue. En revanche, dans

les zones périphériques, les sages-femmes exercent fréquemment dans des conditions matérielles précaires, avec un accès limité aux outils de communication numérique.

De plus, si la formation initiale des sages-femmes intègre des modules relatifs à la psychologie et à la relation d'aide, la communication thérapeutique et l'approche centrée sur la patiente demeurent insuffisamment étendues dans la formation initiale et continue des sages-femmes, face à la prédominance des savoirs biomédicaux. Cette lacune, combinée à l'absence de programmes systématiques de renforcement des compétences communicationnelles, limite parfois la capacité de ces professionnelles à instaurer des interactions empathiques et culturellement adaptées.

Au-delà des enjeux organisationnels, la pratique sage-femme s'inscrit également dans un environnement socioculturel particulier qui influence les attentes, les représentations et les modalités de communication autour de la grossesse.

Dimension socioculturelle de la communication prénatale

La grossesse et la maternité s'inscrivent au Gabon dans des univers sociaux, culturels et symboliques diversifiés qui influencent les perceptions de la santé, du soin et du rôle des professionnels. Les sages-femmes sont ainsi amenées à intervenir auprès de mères présentant des parcours, des croyances et des attentes variés.

Dans ce contexte, la communication ne se limite pas à la transmission d'informations biomédicales. Elle implique également une capacité d'écoute, d'adaptation et de reconnaissance des réalités vécues par les mères. La prise en compte des dimensions culturelles contribue à renforcer la confiance, à réduire les incompréhensions et à favoriser l'adhésion au suivi prénatal.

La qualité des interactions repose ainsi sur l'articulation entre les savoirs professionnels, les expériences des mères et les réalités socioculturelles dans lesquelles s'inscrit la grossesse.

Questionnement en conclusion du chapitre

Au terme de cette mise en contexte, il apparaît que les enjeux de santé maternelle au Gabon ne peuvent être compris uniquement à travers les indicateurs sanitaires ou l'organisation des services. La qualité des interactions entre les sages-femmes et les mères constitue également un déterminant important de l'expérience prénatale et de l'adhésion aux soins.

Pourtant, peu de travaux se sont intéressés à la manière dont ces interactions sont vécues, construites et négociées dans le contexte gabonais. Cette lacune apparaît d'autant plus importante que les sages-femmes occupent une place centrale dans l'accompagnement des mères et que la communication est désormais reconnue comme une composante essentielle de la qualité des soins.

Dans une perspective qualitative inductive inspirée de la méthodologie de la théorisation enracinée (Glaser & Strauss, 1967; Guillemette & Luckerhoff, 2012), ces questionnements ne visent pas à enfermer l'objet d'étude dans des hypothèses prédéterminées, mais plutôt à ouvrir un champ d'exploration qui évoluera au fil de la collecte et de l'analyse des données. Ils constituent donc des repères provisoires, susceptibles d'être ajustés au fur et à mesure de la construction théorique. Ainsi, une première interrogation porte sur la manière dont les sages-femmes gabonaises conçoivent et mettent en œuvre la communication avec les mères lors des consultations. Ce questionnement exige de saisir non seulement les pratiques professionnelles, mais aussi les représentations sous-jacentes, en tenant compte des contraintes organisationnelles, des rapports de pouvoir et des ressources mobilisées (Street, 2013). Un autre axe de questionnement concerne les obstacles, les enjeux et les facilitateurs qui influencent la qualité des interactions communicationnelles entre sages-femmes et mères dans le contexte gabonais. Il s'agit de comprendre comment différents éléments (institutionnels, relationnels et symboliques) conditionnent l'expérience de la consultation prénatale et peuvent renforcer ou au contraire entraver la confiance dans le système de soins (Bohren & al., 2019). Enfin, un dernier questionnement ouvre la réflexion sur les perspectives d'innovations communicationnelles, en interrogeant

comment le développement de compétences adaptées, incluant l'usage de la communication numérique, pourrait améliorer la pratique clinique SF-mère et contribuer à renforcer l'expérience prénatale. Cette dimension prospective permet d'envisager des retombées pratiques, notamment en matière de formation initiale et continue des sages-femmes, l'enseignement, la recherche, mais aussi, en matière de politiques de santé maternelle (Renfrew & al., 2014). Ces questionnements traduisent la volonté de cette recherche de proposer une compréhension approfondie des dynamiques communicationnelles en périnatalité au Gabon et s'inscrivent dans une perspective scientifique, sociale et professionnelle, où la compétence en communication prénatale apparaît comme un déterminant majeur de santé.

1.3. Pertinence et justification de la recherche

La présente recherche s'inscrit dans un contexte marqué par une volonté nationale et internationale de renforcer la santé maternelle et néonatale, pilier du développement humain et de l'équité sociale (OMS, 2016). Au Gabon, malgré l'adhésion du pays aux stratégies mondiales pour la santé de la mère et de l'enfant, les taux de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales demeurent préoccupants, respectivement supérieurs à 266,6 décès pour 100 000 naissances vivantes et 28 décès pour 1000 naissances vivantes (PNDS, 2023). Ces chiffres traduisent la persistance de défaillances en matière d'accès, de qualité et de continuité des soins, notamment dans la communication et la relation soignante lors des consultations prénatales. Cette recherche s'inscrit dans une perspective pionnière et fondatrice pour le Gabon et, plus largement, pour la sous-région d'Afrique centrale et bien au-delà.

1.3.1 Pertinence scientifique

D'un point de vue scientifique, cette thèse vise à combler un manque de connaissances concernant la communication prénatale dans le contexte gabonais. Les études existantes sur la santé maternelle se concentrent principalement sur les approches biomédicales (Mbatchi et al., 2018) ou organisationnelles, peu d'études se sont intéressées à l'expérience communicationnelle des sages-femmes et à la manière dont celle-ci influence le suivi prénatal.

En mobilisant une approche qualitative inductive fondée sur la théorisation enracinée (Glaser & Strauss, 1967; Guillemette & Luckerhoff, 2012), cette étude permet de produire des connaissances ancrées dans les réalités du terrain et de faire émerger une compréhension contextualisée des interactions entre sages-femmes et mères, enrichissant ainsi les approches théoriques en communication dans le domaine de la Santé (Heath & Bryant, 2018; Kreps, 2020).

Par ailleurs, cette recherche participe au développement des connaissances en communication sociale appliquée à la santé maternelle, un champ encore peu exploré dans les contextes africains francophones.

Sur le plan épistémologique, cette recherche articule les modèles de la communication humaniste (Rogers, 1961; Watson, 2008), de la théorie de l'agir communicationnel (Habermas, 1987) de la communication centrée sur la patiente (Stewart et al., 1995) et de la littératie en santé (Nutbeam, 2008), offrant un cadre d'analyse pluridimensionnel et cohérent. Elle montre la fécondité de ces approches dans les contextes africains, souvent marqués par des rapports hiérarchiques, des contraintes organisationnelles et une forte dimension culturelle du soin (Sow, 2020; Houngnihin et al., 2016).

1.3.2 Pertinence sociale.

Sur le plan social, cette recherche s'inscrit dans les efforts visant l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. En mettant en lumière les dimensions relationnelles,

éducatives et communicationnelles du suivi prénatal, elle contribue à mieux comprendre les facteurs susceptibles de favoriser l'engagement des mères dans leur parcours de soins comme actrices autonomes et non plus comme simple bénéficiaire (Freedman, 2016). En replaçant la mère au centre de la relation soignante, cette étude participe à la réduction des inégalités d'accès et de traitement, en particulier pour les mères issues des milieux vulnérables.

Les résultats peuvent également soutenir une approche davantage centrée sur les besoins, les attentes et l'expérience des mères, tout en valorisant leur rôle actif dans la prise de décision concernant leur santé et celle de leur enfant.

1.3.3 Pertinence professionnelle et institutionnelle

Cette recherche présente également une pertinence importante pour la pratique sage-femme. Elle permet d'identifier des leviers d'amélioration des compétences communicationnelles mobilisées dans les consultations prénatales et de soutenir la réflexion sur la formation initiale et continue des professionnelles.

Sur le plan institutionnel, les résultats peuvent contribuer aux réflexions relatives à l'amélioration de la qualité des soins maternels et à l'intégration de pratiques communicationnelles adaptées aux réalités socioculturelles et numériques contemporaines.

En identifiant les leviers communicationnels susceptibles d'améliorer la qualité, l'équité et l'acceptabilité des soins prénatals, cette recherche contribue à la construction d'une gouvernance fondée sur les résultats de la recherche scientifique.

Ces retombées pourront alimenter la conception des modules de formation initiale et continue en compétences communicationnelles et les réflexions des décideurs sur les politiques nationales de santé reproductive, en proposant des pistes d'amélioration centrées sur la relation humaine et l'usage raisonné du numérique dans le suivi prénatal.

C'est ainsi que s'inscrit le deuxième chapitre sur le cadre conceptuel de la présente recherche, laquelle mobilise les principales notions de la communication soignante

soignée, de la communication prénatale, et de la communication numérique afin de mieux comprendre la dynamique relationnelle entre la sage-femme et la mère au Gabon.

CHAPITRE II CADRE CONCEPTUEL

Le présent chapitre établit le cadre conceptuel de cette recherche consacrée au vécu communicationnel prénatal entre la sage-femme et la mère au Gabon. Dans une démarche inspirée de la méthodologie de la théorisation enracinée, il ne s'agit pas d'imposer un modèle théorique prédéfini à l'objet étudié, mais de préciser les principaux concepts mobilisés afin de situer la recherche dans le champ de la communication en santé et de fournir les repères nécessaires à l'interprétation des résultats.

Le cadre conceptuel proposé s'inscrit dans une conception interactionnelle et relationnelle de la communication, selon laquelle la communication entre la sage-femme et la mère dépassent la simple transmission d'informations pour constituer un processus dynamique de coconstruction du sens, de négociation, de reconnaissance mutuelle et d'accompagnement. Cette perspective est particulièrement pertinente pour comprendre la complexité des interactions observées dans les CPN et les multiples dimensions cliniques, relationnelles, sociales, culturelles et organisationnelles qui influencent leur déroulement.

Le chapitre est organisé en trois sections complémentaires. La première section présente les fondements conceptuels de la communication en santé et les principales approches théoriques recensées dans la littérature scientifique. Ces fondements conceptuels offrent les repères nécessaires pour comprendre les interactions soignantes, les dynamiques relationnelles et les enjeux spécifiques à la consultation prénatale.

La deuxième partie décline la conceptualisation du vécu communicationnel prénatal en mettant en lumière ses composantes, ses modalités d'expression et ses ancrages dans la relation sage-femme – mère. Cette section approfondit également le rôle pivot des sages-femmes et les enjeux particuliers du vécu communicationnel prénatal au Gabon y sont associés.

Enfin, la troisième section présente la formulation de la question générale de recherche et les objectifs qui en découlent, établissant ainsi la transition vers le chapitre méthodologique.

2.1 Clarification du concept de communication mobilisé et définitions clés

La compréhension du vécu communicationnel entre la sage-femme et la mère au cours des rencontres prénatales nécessite et repose sur la clarification des principaux concepts qui structurent cette recherche. Loin de constituer de simples définitions terminologiques, ces concepts traduisent les choix théoriques et épistémologiques qui orientent l'analyse des interactions soignantes soignées. Ils permettent de circonscrire le phénomène étudié, d'en préciser les dimensions essentielles et de fournir les repères nécessaires à son interprétation.

Par nature, la communication est un concept polysémique dont la signification varie selon les disciplines, les contextes d'application et les courants théoriques mobilisées. Dans le champ de la santé maternelle, elle dépasse la seule transmission d'informations biomédicales pour englober les dimensions relationnelles, interactionnelles, culturelles et organisationnelles qui façonnent l'expérience du suivi prénatal et la qualité des interactions entre la sage-femme et la mère. Une clarification conceptuelle apparaît indispensable afin de construire un cadre d'analyse cohérent avec l'objet de cette recherche.

Cette section présente successivement les fondements du concept de communication, la communication en contexte de soin, puis une synthèse des approches théoriques mobilisés pour analyser les interactions entre la sage-femme et la mère. L'articulation de ces perspectives théoriques permettra de dégager les assises conceptuelles qui soutiennent l'interprétation des résultats de cette recherche.

2.1.1 Définition générale et fondements du concept de communication

Le concept de communication occupe une place particulière dans les sciences humaines et sociales en raison de son rôle dans la construction des relations, des significations et des interactions sociales.

Étymologiquement, le terme communication dérive du latin *« communicare »,* signifiant « partager », « rendre commun », « mettre en commun ». *« Communicare »* provient du mot latin « *communis* », qui signifie « commun » (Journal La Rédaction, 2023). Dès son origine, la communication renvoie donc à une dynamique de partage, de réciprocité, évoquant l'idée d'un lien construit entre des personnes qui acceptent de rendre quelque chose (idées, émotions, savoirs) mutuellement accessible.

Dans les sociétés africaines et notamment au Gabon, cette dimension relationnelle trouve un écho particulier, où les liens sociaux, les réseaux de solidarité et les valeurs communautaires constituent les bases du vivre-ensemble.

Les premières théories de la communication ont principalement envisagé celle-ci comme un processus linéaire de transmission de l'information entre un émetteur et un récepteur (Shannon & Weaver, 1949 ; Jakobson, 1960). Ces modèles ont largement contribué au développement des sciences de la communication en mettant en évidence les mécanismes de codage, de transmission et de décodage des messages. Toutefois, leur conception demeure relativement limitée pour comprendre les interactions humaines complexes, puisque le sens y est considéré comme contenu dans le message plutôt que construit dans la relation.

Les limites des modèles linéaires ont conduit au développement d'approches interactionnelles, dont les travaux de Shannon et Weaver (1949) puis ceux de Palo Alto constituent des références majeures. La communication y est définie comme un processus dynamique et circulaire où chaque comportement est simultanément stimulus et réponse.

Les recherches de l'école de Palo Alto, en particulier ceux de Watzlawick, Beavin & Jackson (1967) ont contribué à redéfinir la communication comme un processus

systématique : « on ne peut pas ne pas communiquer ». Ce postulat signifie que tout comportement, qu'il soit verbal, gestuel ou même silencieux est porteur de sens et interprétable par autrui. De ce fait, la communication apparaît alors comme une activité globale qui engage les dimensions corporelles, affectives et sociales de la relation. Dans cette perspective, la communication n'est plus un simple outil, mais une pratique relationnelle où les individus coconstruisent du sens, ajustent leurs positions et créent du lien. L'interaction devient alors un espace d'interprétation mutuelle où se jouent reconnaissance, influence et coopération (Shannon & Weaver, 1949; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967).

Plusieurs auteurs soulignent trois composantes fondamentales qui organisent la communication : l'émetteur et le récepteur, qui construisent conjointement le sens; le message est constitué de mots, gestes, émotions, signes mobilisés; et enfin, le contexte (institutionnel, culturel, relationnel), qui détermine les codes, les attentes et les significations attribuées aux échanges (Bateson, 1972; Hall, 1976). Ainsi, la communication ne peut être comprise sans analyser les cadres qui la structurent, entre autres, les normes, les codes culturels, les rapports de pouvoir et l'environnement matériel.

Cette évolution est prolongée par Craig (1999), qui considère la communication comme un champ théorique pluriel réunissant plusieurs traditions complémentaires qui établissent autant de manières d'appréhender le phénomène communicationnel dans toute sa complexité. Ainsi, on distingue : la tradition rhétorique qui considère la communication comme un art de l'influence et de la persuasion. Elle met l'accent sur l'argumentation, la prise de parole et l'adaptation au public. La deuxième est la tradition sémiotique qui analyse la communication comme un système de signes. Elle s'intéresse aux symboles, aux codes et aux processus d'interprétation, montrant que le sens n'est jamais donné, mais construit. La troisième est la tradition cybernétique qui, pour sa part, examine la circulation de l'information dans les systèmes. Elle met en lumière les flux, les rétroactions et les mécanismes de régulation qui assurent l'équilibre communicationnel.

Pour la quatrième, la tradition phénoménologique, la communication est perçue comme une rencontre de subjectivités et une recherche de compréhension mutuelle. L'écoute, l'empathie et l'expérience vécue y occupent une place importante. De même, la cinquième, la tradition sociopsychologique, se centre sur les processus psychologiques sous-jacents à la communication comme perceptions, attitudes, émotions et comportements. Par ailleurs, la sixième, la tradition socioculturelle, envisage la communication comme un processus par lequel les identités, les normes et les réalités sociales sont coconstruites. Elle montre que la communication est indissociable du contexte culturel. Enfin, la septième, la tradition critique, analyse les rapports de pouvoir, les idéologies et les structures d'inégalités qui traversent les pratiques communicationnelles. Elle conteste la dimension politique des discours. Pour Craig (1999), l'ensemble de ces traditions suggère une conceptualisation intégrée de la communication comme un phénomène à la fois cognitif, symbolique, interactionnel, social, culturel et politique. Cette diversité permet de comprendre la communication sous un angle général, non réductible à la simple transmission d'informations.

Dans le même sens, le *Handbook of Communication Science* consolide cette approche en montrant que la communication organise la vie sociale dans son ensemble. Elle façonne la manière dont les individus interagissent, régulent les tensions et les conflits, participent à la construction des identités individuelles et collectives, les représentations ainsi qu'à la distribution des rôles au sein des groupes et d'organisations, ce qui la rend essentielle pour comprendre les processus relationnels dans des contextes tels que les soins de santé périnatale, où la qualité des interactions entre le soignant et le patient peut directement impacter les résultats de santé. (Berger, Roloff, & Ewoldsen, 2010).

En sociologie, la communication est envisagée comme un phénomène social structurant, qui permet la régulation des rapports sociaux et la production du lien social (Habermas, 1987). Ainsi, conçue comme un processus dynamique d'échange, de coconstruction du sens et d'ajustement réciproques, la communication reste une composante essentielle des interactions humaines.

Dans le contexte psychologique, Rogers (1961) a introduit l'idée que la communication véritable repose sur l'empathie, la congruence et la considération positive inconditionnelle de l'autre. Ces principes sont aujourd'hui essentiels dans les approches de communication centrées sur le patient. Dans cette perspective, la communication englobe la dimension informative (explication des diagnostics, traitements, risques), mais aussi relationnelle (création d'un climat de confiance), émotionnelle (soutien, réassurance) et culturelle (prise en compte des croyances et normes locales) (Ong et al., 1995 ; Renfrew et al., 2014).

Dans cette recherche, cette conception élargie de la communication est privilégiée. La communication est envisagée comme un processus relationnel de coconstruction du sens, influencé par les expériences des acteurs, leurs émotions, leurs appartenances socioculturelles et leur environnement institutionnel. Cette perspective apparaît particulièrement pertinente pour analyser les interactions entre la sage-femme et la mère, où la communication devient des espaces de négociation, de reconnaissance, d'accompagnement et de confiance.

Ainsi développée, la communication constitue le socle conceptuel permettant d'aborder, dans l'étape suivante, ses spécificités en contexte de soins, où les enjeux relationnels, éthiques et organisationnels prennent une importance particulière dans l'expérience du suivi prénatal.

2.1.2 Communication en contexte de soins : définition et généralités

Dans les milieux de soins, la communication repose sur une dynamique relationnelle qui dépasse largement la simple transmission d'informations cliniques. Elle constitue un processus relationnel par lequel soignant et personne soignée construisent une compréhension mutuelle favorisant la qualité du soin, la confiance et la participation aux décisions cliniques (Street et al., 2009; Silverman, Kurtz, & Draper, 2013). Cette perspective reconnaît que les interactions thérapeutiques mobilisent simultanément des dimensions informationnelles, relationnelles, émotionnelles, culturelles et éthiques.

Contrairement aux interactions ordinaires, la communication clinique s'inscrit dans une relation marquée par une asymétrie des savoirs et des responsabilités. Le professionnel détient une expertise scientifique, tandis que la personne soignée possède une connaissance irremplaçable de son vécu, de ses besoins et de ses valeurs. La communication agit alors comme un mécanisme de régulation de cette asymétrie en favorisant l'écoute, la reformulation, l'empathie et la prise de décision partagée. Elle ne vise donc pas uniquement à informer, mais aussi à reconnaître la personne soignée comme partenaire actif du processus thérapeutique.

Cette conception est renforcée par les orientations de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), selon lesquelles la communication constitue un levier essentiel de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique et d'autonomisation des personnes. L'efficacité de la communication repose ainsi sur la capacité des professionnels à adapter leurs messages au niveau de compréhension, aux attentes et au contexte socioculturel des personnes accompagnées.

En périnatalité, ces enjeux prennent une importance particulière. La communication ne se limite pas à l'explication des examens, des traitements ou des risques obstétricaux. Elle accompagne également les transformations physiques, émotionnelles, familiales et sociales liées à la grossesse et englobe la dimension à la fois informative (explication des diagnostics, traitements, risques), relationnelle (création d'un climat de confiance), émotionnelle (soutien, réassurance) et culturelle (prise en compte des croyances et des normes locales) (Ong et al., 1995; Renfrew et al., 2014). Elle inclut des échanges verbaux et non verbaux, la transmission de connaissances médicales, mais aussi l'écoute, l'empathie et la reconnaissance des expériences vécues par les mères (Downe et al., 2018). Elle s'inscrit dans une logique d'interaction discursive, où les mères construisent un récit de leur grossesse et de leurs attentes, tandis que les sages-femmes accompagnent ce récit par leur expertise professionnelle (Mishler, 1984).

Dans cette perspective, la communication entre la sage-femme et la mère apparaît comme une pratique clinique complexe qui mobilise simultanément des compétences relationnelles, éducatives et culturelles. Son efficacité dépend autant de la qualité des

informations transmises que de la capacité de la professionnelle à instaurer un climat de confiance, à reconnaître l'expérience de la femme enceinte et à adapter son intervention aux réalités du contexte de soins.

Cette conception relationnelle et contextualisée de la communication en santé constitue le socle théorique de la présente recherche. Elle permet d'aborder le vécu communicationnel prénatal comme un phénomène social et interactionnel dont les significations se construisent au sein des consultations prénatales, en tenant compte des réalités organisationnelles, culturelles et professionnelles propres au contexte gabonais. La section suivante s'y attèle en proposant une synthèse des principales approches théoriques qui circonscrivent la compréhension approfondie de l'objet de cette recherche.

2.1.2 Communication en contexte de soins : synthèse des approches théoriques dominantes

L'étude de la communication en santé maternelle mobilise plusieurs approches théoriques qui permettent d'éclairer les interactions entre la SF et la mère, ainsi que leurs effets sur l'expérience de la grossesse, la qualité du suivi prénatal et les résultats en santé. Issues notamment des sciences de la communication, de la sociologie, de la psychologie, des sciences infirmières et de l'anthropologie médicale, ces approches offrent des perspectives complémentaires sur un phénomène dont la complexité dépasse les explications proposées par un cadre théorique unique.

En effet, aucune approche ne permet, à elle seule, de rendre compte de l'ensemble des dimensions du vécu communicationnel prénatal. Certaines privilégient la compréhension des interactions, d'autres mettent davantage l'accent sur la relation thérapeutique, l'expérience de la personne soignée, les contextes socioculturels ou les mécanismes de construction du sens. Leur articulation permet ainsi de construire un cadre conceptuel cohérent, capable de saisir la diversité des processus communicationnels observés entre la sage-femme et la mère dans le contexte gabonais.

Dans cette perspective, la présentation des approches suit une progression logique, allant d'un modèle général de compréhension de la santé vers des cadres plus spécifiquement centrés sur les interactions soignantes. Seront successivement examinées l'approche biopsychosociale, l'approche interactionniste et narrative, la communication centrée sur la patiente, l'approche humaniste, l'approche communicationnelle et l'approche sociocontextuelle. Ensemble, ces perspectives constituent le socle conceptuel qui guidera l'analyse du vécu communicationnel prénatal développée dans cette recherche.

Approche biopsychosociale : comprendre la grossesse comme une expérience holistique

L'approche biopsychosociale, proposée par Engel (1977), constitue une rupture importante avec le modèle biomédical traditionnel en considérant la santé comme le résultat d'interactions constantes entre des dimensions biologiques, psychologiques et sociales. Alors que le modèle biomédical privilégie principalement les mécanismes physiopathologiques de la maladie, le modèle biopsychosocial reconnaît que les expériences de santé et de maladie prennent forme dans une réalité complexe où les facteurs individuels, relationnels et environnementaux sont étroitement imbriqués. Dans cette perspective, la communication n'est plus envisagée comme un simple vecteur de transmission d'informations cliniques, mais comme un processus permettant d'accéder à cette complexité afin de mieux comprendre la personne dans sa globalité.

Cette conception a profondément influencé les sciences de la santé en réaffirmant que les décisions cliniques ne peuvent être dissociées du vécu des personnes soignées, de leurs ressources personnelles, de leur environnement familial, de leurs croyances et des conditions sociales qui façonnent leur expérience de santé. Elle offre ainsi un cadre d'analyse particulièrement pertinent pour comprendre les pratiques communicationnelles dans les soins où les dimensions humaines occupent une place importante.

Appliquée à la santé maternelle, cette approche rappelle que la grossesse dépasse largement le seul processus biologique de développement fœtal. Elle constitue une expérience profondément humaine marquée par des transformations physiques, psychologiques, relationnelles, familiales, sociales et parfois spirituelles qui influencent les besoins des mères ainsi que leur manière de vivre le suivi prénatal (Downe & Byrom, 2019).

Dans cette perspective, la consultation prénatale ne consiste pas uniquement à surveiller l'évolution clinique de la grossesse ou à transmettre des recommandations médicales. Elle représente également un espace où la sage-femme cherche à comprendre comment chaque mère interprète les changements qu'elle traverse, les inquiétudes qu'elle exprime, les ressources dont elle dispose ainsi que les contraintes auxquelles elle est confrontée. La communication devient alors un processus d'accompagnement qui vise à intégrer les dimensions biomédicales aux réalités personnelles et sociales de la mère.

Cette approche met également en évidence que la qualité des interactions communicationnelles influence plusieurs dimensions essentielles du parcours de soins, notamment la confiance envers les professionnels, la satisfaction des femmes, leur engagement dans le suivi prénatal ainsi que l'adhésion aux recommandations proposées (Garrett et al., 2019). Elle invite ainsi les professionnels à adapter leur communication en tenant compte des besoins spécifiques de chaque personne plutôt qu'en appliquant une démarche uniforme.

Dans le contexte gabonais, cette lecture apparaît particulièrement pertinente puisque les trajectoires de grossesse s'inscrivent dans des environnements où interagissent les réalités économiques, les représentations culturelles de la maternité, les solidarités familiales, les croyances locales ainsi que les contraintes organisationnelles des services de santé. Ces dimensions influencent la manière dont les femmes interprètent les informations reçues et participent aux consultations prénatales.

Malgré sa contribution majeure au renouvellement des pratiques de soins, l'approche biopsychosociale demeure essentiellement un cadre général de compréhension de la

santé. Elle identifie les principales dimensions susceptibles d'influencer l'expérience des personnes sans toutefois décrire avec précision les mécanismes interactionnels par lesquels le sens se construit au cours des échanges entre la sage-femme et la femme enceinte.

Elle accorde également une place relativement limitée aux processus communicationnels eux-mêmes, tels que la négociation des significations, les interactions symboliques, les rapports de pouvoir ou les modalités concrètes des échanges verbaux, non verbaux et numériques. Ces aspects nécessitent d'être éclairés par d'autres perspectives théoriques complémentaires.

Dans le cadre de cette recherche, l'approche biopsychosociale constitue un premier socle conceptuel permettant d'appréhender la communication prénatale comme un phénomène multidimensionnel. Elle justifie l'intérêt porté non seulement aux informations échangées lors des consultations, mais également aux dimensions émotionnelles, relationnelles, sociales et contextuelles qui accompagnent ces interactions.

Elle oriente ainsi l'analyse vers une compréhension globale de l'expérience communicationnelle sans présumer des résultats de la recherche. Ce positionnement théorique prépare l'articulation avec les approches présentées dans les sections suivantes, lesquelles permettront d'approfondir successivement la construction du sens dans l'interaction, la place de la femme dans la relation de soins, les dimensions humanistes de l'accompagnement, les processus communicationnels eux-mêmes ainsi que l'influence du contexte socioculturel et organisationnel sur la communication prénatale.

Si l'approche biopsychosociale met en évidence les multiples dimensions qui influencent l'expérience de la grossesse, elle donne moins de précision sur ces dimensions prennent sens au sein des interactions entre la sage-femme et la mère. L'approche interactionniste et narrative permet de prolonger cette réflexion en s'intéressant à la manière dont les actrices construisent conjointement les significations de l'expérience prénatale.

Approche interactionniste et narrative en communication prénatale : comprendre la coconstruction du sens

Dans le prolongement de l'approche biopsychosociale, qui met en évidence la pluralité des dimensions influençant l'expérience de santé, l'approche interactionniste et narrative s'intéresse davantage aux processus par lesquels cette expérience prend sens au cours des interactions. Inspirée principalement des travaux de Mead (1934), de Goffman (1973) et enrichis par Mishler (1984), elle considère que la communication ne consiste pas uniquement à transmettre une information, mais à construire progressivement une compréhension partagée de la situation vécue.

Selon cette perspective, les individus n'agissent jamais uniquement en fonction de faits objectifs; ils interprètent continuellement les situations à partir des significations qu'ils élaborent au fil des rencontres. Les interactions deviennent ainsi le lieu où se négocient les rôles, les attentes, les identités et les rapports sociaux. La communication apparaît dès lors comme un processus dynamique de coconstruction du sens dans lequel chaque acteur participe activement à l'élaboration de la relation.

L'approche narrative prolonge cette conception en soulignant que les récits produits par les personnes soignées constituent une source essentielle de compréhension de leur expérience. Les histoires racontées permettent d'accéder non seulement aux événements vécus, mais également aux émotions, aux croyances, aux valeurs, aux attentes et aux significations que les personnes attribuent à leur parcours de santé (Mattingly, 1998; Greenhalgh & Hurwitz, 1999; Riessman, 2008).

Dans le suivi prénatal, cette perspective permet de considérer la consultation comme un espace privilégié de coconstruction du sens entre la sage-femme et la femme enceinte. Les conversations dépassent ainsi les seules dimensions techniques ou biomédicales pour intégrer les expériences, les préoccupations, les attentes et les interprétations propres à chaque femme.

Dans cette perspective, les paroles, les silences, les regards, les attitudes corporelles, les gestes professionnels ainsi que les reformulations participent conjointement à la

construction de la relation thérapeutique. Chaque consultation constitue une interaction singulière au cours de laquelle les deux actrices ajustent progressivement leurs positions, leurs attentes et leur compréhension commune de la grossesse.

L'approche narrative rappelle également que les femmes mobilisent fréquemment leurs expériences personnelles, familiales et sociales pour donner du sens aux changements qu'elles vivent pendant la grossesse. Ces récits permettent à la sage-femme de mieux comprendre les inquiétudes exprimées, les ressources disponibles, les représentations de la maternité ainsi que les stratégies développées pour faire face aux différents événements du parcours prénatal.

Dans le contexte gabonais, cette perspective revêt une importance particulière puisque les récits des mères sont souvent traversés par les normes familiales, les croyances culturelles, les expériences communautaires ainsi que les représentations sociales de la maternité. Leur prise en compte contribue à développer une communication davantage adaptée aux réalités socioculturelles des mères.

Malgré son apport majeur à la compréhension des interactions de soins, cette approche privilégie principalement les processus de construction du sens au sein de la relation interpersonnelle. Elle accorde une attention plus limitée aux contraintes organisationnelles, institutionnelles ou technologiques susceptibles d'influencer la communication en contexte clinique.

Elle permet également moins d'appréhender les déterminants structurels des pratiques professionnelles, telles que les politiques de santé, l'organisation des maternités, la disponibilité des ressources ou encore les conditions de travail qui façonnent également les interactions entre les professionnels et les patientes.

Dans cette recherche, l'approche interactionniste et narrative offre un cadre particulièrement pertinent pour analyser le vécu communicationnel des consultations prénatales à partir des significations construites par les sages-femmes au cours de leurs interactions avec les femmes enceintes. Elle permet d'examiner comment les communications, les ajustements relationnels, les récits et les interprétations contribuent à façonner l'expérience communicationnelle du suivi prénatal.

Elle constitue ainsi un complément essentiel au modèle biopsychosocial en mettant davantage l'accent sur les mécanismes relationnels de construction du sens. Cette perspective prépare également l'examen des approches suivantes, qui approfondissent respectivement la participation de la femme dans la relation de soins, les dimensions humanistes de l'accompagnement, les processus communicationnels eux-mêmes ainsi que l'influence du contexte socioculturel et organisationnel sur la communication prénatale.

En éclairant la manière dont les significations se construisent dans les interactions, l'approche interactionniste et narrative précise moins la place accordée à la participation de la mère dans les décisions qui concernent sa santé. Cette question est au cœur de l'approche de la communication centrée sur la patiente, qui propose de repenser la relation de soins à partir d'une logique de partenariat, de participation active et de prise de décision partagée que nous présentons dans la section suivante.

Approche de la communication centrée sur la patiente : analyse la place accordée à la mère

L'approche de la communication centrée sur la patiente s'est développée en réaction aux limites du modèle biomédical traditionnel, longtemps dominé par une relation asymétrique où le professionnel détenait l'essentiel du savoir et du pouvoir décisionnel. Les travaux de Balint (1969), puis ceux de Stewart et al. (1995), Mead et Bower (2000) ainsi qu'Epstein et Street (2011), ont progressivement contribué à repositionner la personne soignée comme partenaire active du processus thérapeutique.

Cette perspective considère que la qualité des soins dépend autant de la relation instaurée avec la patiente que de la pertinence des interventions cliniques. Les décisions thérapeutiques reposent ainsi sur un dialogue qui tient compte des préférences, des valeurs, des attentes, des émotions ainsi que du contexte de vie de la personne concernée.

Plus qu'une simple stratégie de communication, cette approche constitue un véritable changement de paradigme. Elle privilégie une prise de décision partagée, fondée sur

l'écoute réciproque, le respect de l'autonomie et la reconnaissance de l'expertise complémentaire des acteurs : l'expertise scientifique du professionnel et l'expertise expérientielle de la personne soignée.

Dans le domaine de la périnatalité, cette perspective invite à considérer la femme enceinte dans toute la complexité de son expérience plutôt qu'à travers les seuls paramètres biomédicaux. La consultation prénatale devient ainsi un espace de dialogue où les informations médicales sont adaptées aux besoins, aux préoccupations et aux capacités de compréhension de chaque mère.

Une telle posture favorise la participation active de la future mère aux décisions relatives au suivi de sa grossesse. Les échanges permettent alors de mieux cerner ses attentes, de reconnaître ses ressources personnelles ainsi que les contraintes auxquelles elle est confrontée, afin de construire des interventions plus individualisées.

Cette approche encourage également le développement d'une alliance thérapeutique reposant sur la confiance, le respect mutuel et la coresponsabilité dans le suivi prénatal. En reconnaissant la femme comme une actrice de son parcours de maternité, elle contribue à renforcer son engagement, son sentiment de compétence et son adhésion aux recommandations cliniques (Stewart et al., 2000; Epstein & Street, 2011).

Dans le contexte gabonais, cette perspective apparaît particulièrement pertinente en raison des réalités socioculturelles qui influencent parfois l'expression des besoins des femmes enceintes. Les rapports d'autorité traditionnellement associés aux professionnels de santé, les croyances entourant la grossesse ainsi que les inégalités d'accès à l'information peuvent limiter la participation des mères aux échanges. Une communication centrée sur la patiente favorise alors une relation davantage collaborative, où les savoirs médicaux et les expériences des femmes sont reconnus comme complémentaires.

Bien qu'elle constitue aujourd'hui une référence majeure dans les pratiques cliniques, cette approche demeure principalement centrée sur la relation entre le professionnel et la patiente. Elle accorde une place plus restreinte aux facteurs organisationnels,

institutionnels ou technologiques susceptibles d'influencer les modalités concrètes de la communication.

Par ailleurs, elle prend relativement peu en considération les contraintes liées aux conditions d'exercice des professionnels, aux ressources disponibles ou aux dynamiques collectives qui façonnent également les pratiques communicationnelles en contexte de soins.

Mobilisée dans cette recherche, cette approche offre un cadre d'analyse particulièrement pertinent pour comprendre comment les sages-femmes prennent en compte — ou non — les attentes, les préoccupations et les réalités des femmes au cours des consultations prénatales.

Elle permet notamment d'examiner les conditions qui favorisent l'établissement d'une relation fondée sur la confiance, la participation et la reconnaissance mutuelle, tout en mettant en évidence les obstacles susceptibles de limiter l'implication des femmes dans leur parcours de soins. Sans constituer, à elle seule, un cadre explicatif suffisant pour appréhender l'ensemble du phénomène étudié, cette perspective enrichit la compréhension des dimensions participatives de la relation de soins. Elle s'articule ainsi avec les autres approches retenues afin de soutenir l'élaboration du cadre conceptuel de cette recherche et de préparer la compréhension intégrée développée dans les chapitres consacrés à l'analyse des résultats. Alors que l'approche centrée sur la patiente insiste principalement sur la participation de la femme aux décisions qui concernent sa santé, elle s'intéresse moins aux qualités relationnelles qui soutiennent cette participation. L'approche humaniste vient approfondir cette dimension en mettant l'accent sur la qualité de la présence soignante, l'empathie, l'authenticité et la reconnaissance inconditionnelle de la personne comme fondements de la relation thérapeutique.

Approche humaniste : comprendre la dimension émotionnelle, éthique et relationnelle de la communication prénatale

L'approche humaniste s'inscrit dans une conception du soin qui place la personne au cœur de la relation thérapeutique. Développée principalement par Rogers (1961), puis enrichie par Barrett-Lennard (1998) et Watson (2008), elle considère que la qualité de la rencontre entre le professionnel et la personne soignée constitue une condition essentielle à l'efficacité des soins. Cette perspective repose sur trois attitudes fondamentales : l'empathie, l'authenticité (congruence) et la considération positive inconditionnelle, qui favorisent l'établissement d'une relation fondée sur la confiance et le respect mutuel.

Contrairement aux approches centrées principalement sur les dimensions techniques du soin, le courant humaniste reconnaît que les expériences, les émotions, les valeurs et les aspirations de la personne influencent son parcours de santé. Le professionnel est ainsi invité à développer une présence attentive et bienveillante, capable d'accueillir le vécu de l'autre sans jugement, tout en reconnaissant sa capacité à participer activement aux décisions qui le concernent.

En période prénatale, cette conception rappelle que la grossesse constitue une expérience profondément personnelle, traversée par des transformations physiques, psychologiques, familiales et sociales. Au-delà du suivi clinique, les consultations représentent des moments privilégiés où la mère peut exprimer ses inquiétudes, ses attentes, ses questionnements et les significations qu'elle attribue à sa maternité (Watson, 2008; Jouet et al., 2010). De ce fait, la qualité des échanges repose autant sur les compétences relationnelles de la sage-femme que sur son expertise clinique. Une écoute authentique, une attitude empathique et une reconnaissance du vécu de la mère favorisent l'établissement d'un climat de confiance propice au dialogue, à l'expression des besoins et à la participation aux décisions relatives au suivi de grossesse. (Gendlin, 1996).

Cette approche rappelle également que les comportements non verbaux — l'attention portée à la personne, le regard, la posture, le ton de la voix ou encore la disponibilité

relationnelle — participent pleinement à la qualité de la communication. Ils traduisent la manière dont la mère est reconnue comme sujet de soins et influencent son sentiment de sécurité, d'écoute et de considération.

Dans le contexte gabonais, où les représentations de la maternité, les valeurs familiales et les attentes envers les professionnels de santé façonnent les interactions, cette perspective invite les sages-femmes à adapter leur posture relationnelle aux réalités culturelles et sociales des mères, tout en favorisant une relation respectueuse et personnalisée. Ainsi, elle privilégie essentiellement la rencontre entre deux personnes, sans toujours prendre en compte les conditions institutionnelles dans lesquelles cette relation s'inscrit.

Par ailleurs, cette perspective demeure relativement discrète quant aux modalités concrètes de circulation de l'information, aux outils de communication ou aux transformations induites par les technologies numériques dans les pratiques contemporaines de soins. Dans cette recherche, l'approche humaniste enrichit la compréhension de la communication prénatale en mettant l'accent sur les dimensions relationnelles qui soutiennent la qualité des interactions entre la sage-femme et la femme enceinte. Elle offre des repères conceptuels pour analyser les attitudes professionnelles favorisant l'écoute, la confiance, la reconnaissance du vécu et le respect de la personne.

Sans constituer à elle seule un cadre d'analyse suffisant, cette perspective complète les approches précédemment présentées en rappelant que la communication ne relève pas uniquement de la transmission d'informations ou de la participation aux décisions, mais repose également sur la qualité de la présence soignante et sur la reconnaissance de l'expérience humaine de la grossesse. Elle contribue ainsi à la construction d'un cadre théorique intégré permettant d'appréhender le vécu communicationnel prénatal dans toute sa complexité.

Ainsi, l'approche humaniste souligne l'importance des attitudes relationnelles qui soutiennent la qualité de la rencontre soignante, elle décrit moins les mécanismes par lesquels les échanges se construisent et circulent au cours des consultations. Afin

d'approfondir cette dimension, il convient d'examiner l'approche communicationnelle, qui considère la communication comme un processus dynamique de production, d'interprétation et de négociation des significations dans la relation de soins.

Approche communicationnelle en santé : comprendre la communication comme processus de soin

L'approche communicationnelle considère la communication comme un processus dynamique de production, de partage et d'interprétation des significations au sein des interactions humaines. Elle dépasse une conception instrumentale centrée sur la transmission d'informations pour mettre en évidence les dimensions relationnelles, symboliques, contextuelles et organisationnelles qui structurent les échanges entre les acteurs (Kreps & Thornton, 1992 ; Dervin, 1999; Street, 2003).

Dans le domaine de la santé, cette perspective reconnaît que la qualité de la communication influence directement la compréhension mutuelle, la confiance, la prise de décision, l'engagement des personnes soignées ainsi que la continuité des soins. Les interactions sont ainsi envisagées comme des espaces où circulent non seulement des informations, mais également des émotions, des valeurs, des représentations et des attentes qui orientent les comportements des différents acteurs.

Cette conception accorde également une place importante aux multiples formes de communication mobilisées dans les pratiques contemporaines, qu'elles soient verbales, non verbales, écrites ou médiatisées par les technologies numériques. Elle invite ainsi à considérer la communication comme un processus évolutif, continuellement influencé par les transformations sociales et technologiques.

Dans le suivi prénatal, l'approche communicationnelle met en évidence la diversité des modalités de communication mobilisées tout au long de la grossesse. Les consultations en présence, les entretiens téléphoniques ainsi que les communications numériques participent conjointement au maintien du lien entre la sage-femme et la femme enceinte. Cette diversité des modalités de communication favorise une continuité relationnelle qui dépasse les seules rencontres programmées. Les outils numériques permettent

notamment d'assurer un accompagnement plus réactif, de répondre aux interrogations des mères, de rappeler certains rendez-vous ou encore de soutenir le suivi des situations nécessitant une attention particulière. Ils constituent ainsi un prolongement de la relation clinique, sans pour autant se substituer aux consultations en présentiel.

Cette approche souligne également que l'efficacité de la communication dépend moins du support utilisé que de la qualité des interactions qu'il permet de développer. Les messages transmis doivent être compréhensibles, adaptés aux besoins des mères, culturellement pertinents et respectueux de leur autonomie. Les technologies apparaissent ainsi comme des ressources susceptibles de renforcer l'accompagnement, à condition qu'elles s'intègrent dans une relation fondée sur la confiance, le respect et la réciprocité.

Dans le contexte gabonais, où les moyens numériques occupent une place croissante dans les dialogues entre les sages-femmes et les mères, cette perspective offre un éclairage particulièrement pertinent pour comprendre comment les modalités de communication évoluent afin de répondre aux besoins de suivi, d'accessibilité et de continuité des soins.

À l'inverse, l'approche communicationnelle accorde une attention plus limitée aux déterminants sociaux, culturels et institutionnels qui influencent les pratiques communicationnelles. Elle décrit les processus de communication sans toujours expliquer les conditions dans lesquelles ceux-ci prennent forme.

Par ailleurs, l'analyse des interactions ne permet pas, à elle seule, de saisir l'ensemble des facteurs qui orientent les comportements des professionnels et des mères, notamment les normes sociales, les contraintes organisationnelles ou les représentations culturelles de la maternité.

Mobilisée dans cette recherche, l'approche communicationnelle fournit des repères conceptuels permettant d'analyser la diversité des échanges qui caractérisent les consultations prénatales. Elle offre un cadre pour examiner les interactions en présence ainsi que les communications à distance, en considérant chacune comme une composante du parcours relationnel entre la sage-femme et la mère.

Elle contribue également à comprendre comment les modalités de communication influencent la continuité du suivi, l'accessibilité des soins et la qualité de l'accompagnement. Sans constituer un cadre explicatif exclusif, elle enrichit les approches précédemment présentées en mettant l'accent sur les processus communicationnels eux-mêmes et prépare l'analyse des dimensions socioculturelles et organisationnelles abordées dans la section suivante.

Approche sociocontextuelle : situer la communication prénatale dans son environnement culturel et institutionnel

L'approche sociocontextuelle repose sur le principe que la communication ne peut être comprise indépendamment du contexte dans lequel elle se déploie. Les interactions entre les acteurs sont influencées par des facteurs culturels, sociaux, institutionnels, organisationnels et historiques qui orientent les pratiques, les représentations et les significations attribuées aux échanges (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967; Hymes, 1974; Bourdieu, 1991; Craig, 1999). Cette perspective considère ainsi la communication comme un phénomène situé, dont les modalités varient selon les normes sociales, les valeurs culturelles, les ressources disponibles et les conditions d'exercice propres à chaque environnement.

Dans le champ de la santé, cette approche souligne que les pratiques communicationnelles ne résultent pas uniquement des compétences individuelles des professionnels. Elles sont également façonnées par l'organisation des services, les politiques de santé, les rapports hiérarchiques, les contraintes institutionnelles ainsi que les caractéristiques socioculturelles des populations accompagnées. La communication apparaît ainsi comme une pratique inscrite dans un système de relations où interagissent simultanément les personnes, les institutions et leur environnement.

Appliquée au suivi prénatal, cette perspective met en évidence que les échanges entre la sage-femme et la mère s'inscrivent dans un contexte où se rencontrent les recommandations biomédicales, les savoirs expérientiels, les croyances culturelles, les normes familiales et les réalités organisationnelles des services de santé.

La consultation prénatale constitue ainsi un espace d'interactions où les pratiques professionnelles sont continuellement influencées par les ressources disponibles, les contraintes de temps, les conditions de travail, les attentes institutionnelles ainsi que les réalités sociales des mères. Ces éléments orientent les modalités de communication, les décisions cliniques et les formes d'accompagnement proposées.

Dans le contexte gabonais, cette approche revêt une importance particulière. Les parcours prénatals sont marqués par une diversité de situations sociales, économiques et culturelles qui influencent les représentations de la grossesse, les attentes envers les professionnels de santé ainsi que les comportements de recours aux soins. Les relations familiales, les solidarités communautaires, les pratiques traditionnelles et l'organisation des structures sanitaires participent ainsi à la construction des expériences communicationnelles vécues au cours des consultations.

Cette vision rappelle également que les transformations récentes des systèmes de santé et le développement des outils numériques modifient progressivement les modalités de communication entre les sages-femmes et les mères. Les interactions se déploient désormais dans des espaces multiples où les dimensions organisationnelles et technologiques viennent compléter les rencontres en présentiel.

Dans cette recherche, l'approche sociocontextuelle permet d'intégrer l'analyse des consultations prénatales dans leur environnement clinique, institutionnel et socioculturel. Elle fournit des repères conceptuels pour comprendre comment les conditions d'exercice des sages-femmes, les caractéristiques des structures de santé, les références culturelles et les réalités sociales influencent les modalités de communication développées au cours du suivi prénatal.

Cette perspective complète les approches précédemment présentées en rappelant que les interactions ne peuvent être dissociées du contexte dans lequel elles se produisent. Elles contribuent ainsi à la construction d'un cadre conceptuel intégrateur capable d'appréhender la communication prénatale dans toute sa complexité, en tenant compte à la fois des personnes, des relations et des environnements au sein desquels elles évoluent.

Ainsi, la mobilisation de ces différentes perspectives théoriques s'inscrit ainsi dans une logique de complémentarité plutôt que de concurrence. Chacune apporte un éclairage distinct sur une dimension du phénomène étudié, tandis que leur mise en dialogue permet de mieux saisir la richesse et la complexité de la communication prénatale.

2.2 Vécu communicationnel prénatal : définition et caractéristiques

Après avoir examiné les principales approches théoriques permettant de comprendre la communication en contexte de soins, il importe désormais de préciser le concept central qui structure cette recherche : le vécu communicationnel prénatal. Si les perspectives précédentes ont mis en évidence les dimensions relationnelles, interactionnelles, communicationnelles et sociocontextuelles des interactions entre la sage-femme et la mère, elles n'explicitent pas encore la manière dont ces interactions sont vécues, perçues et signifiées par les actrices.

Cette seconde partie vise donc à approfondir cette notion en clarifiant successivement le concept de vécu, son ancrage dans la communication prénatale ainsi que les principales caractéristiques qui le définissent. Elle s'intéresse également au rôle de la sage-femme dans cette expérience communicationnelle et aux particularités qu'elle revêt dans le contexte des consultations prénatales au Gabon.

L'objectif n'est pas de proposer une définition uniquement descriptive du vécu, mais d'en faire un concept opératoire permettant de comprendre comment les interactions de soins prennent sens dans l'expérience quotidienne des sages-femmes. Cette clarification conceptuelle constitue une étape essentielle avant la présentation du cadre méthodologique, puisqu'elle précise l'objet même de l'exploration empirique menée dans cette recherche.

À partir de cette perspective, il convient d'abord d'examiner le concept de vécu, dont les fondements philosophiques et phénoménologiques offrent les premiers repères nécessaires à la compréhension du vécu communicationnel prénatal.

2.2.1 Définition et généralités du concept de vécu

Du point de vue étymologique, le terme vécu dérive du latin *« vivere »* qui signifie vivre. Il renvoie à l'ensemble des expériences directement éprouvées par une personne au cours de son existence. En sciences humaines, cette notion s'inscrit principalement dans la tradition phénoménologique, qui considère l'expérience non comme une réalité objective, mais comme une réalité perçue, interprétée et investie de sens par le sujet.

Dans cette vision, Husserl (1954) définit le vécu comme la dimension préréflexive de l'expérience, c'est-à-dire la manière dont un individu habite le monde avant même de l'analyser intellectuellement. Cette orientation est prolongée par Merleau-Ponty (1945) pour qui l'être humain « est son corps », et non un être spirituel détaché d'un organisme biologique. Le vécu est donc d'abord corporel, sensoriel et perceptif. Il se manifeste dans la façon dont le corps perçoit, se meut, ressent et interprète le monde.

Dans le contexte prénatal, cette conception rappelle que la grossesse ne peut être réduite à un phénomène biologique. Elle représente une expérience corporelle, émotionnelle, relationnelle, familiale, culturelle et identitaire en constante évolution. Les transformations physiques, les inquiétudes, les attentes, les représentations de la maternité ainsi que les interactions avec les professionnels de santé façonnent progressivement le sens que chaque femme attribue à son parcours de grossesse. Dans cette dynamique, les échanges avec la sage-femme participent pleinement à cette construction de sens.

Cette lecture est enrichie par Van Manen (2016), qui souligne que toute expérience humaine est à la fois incarnée, relationnelle, temporelle et située. Son approche phénoménologique herméneutique rappelle que le vécu ne peut donc être dissocié ni des émotions, ni des relations, ni du contexte social et culturel dans lequel il se déploie. En contexte prénatal, l'expérience de la mère est influencée non seulement par la qualité de la relation établie avec la sage-femme, mais également par les normes sociales, les croyances, les ressources disponibles et les réalités familiales qui entourent la grossesse.

Cette compréhension phénoménologique du vécu comme expérience incarnée ouvre ensuite sur une dimension interprétative, où l'expérience ne prend véritablement sens qu'à travers les récits et les significations que les personnes lui attribuent. C'est précisément cette perspective que développent Ricoeur (1983, 1990) et Schütz (1967). En santé, cette dimension narrative est particulièrement importante, puisque les récits des mères rendent accessibles leurs préoccupations, leurs valeurs, leurs émotions et leurs attentes, autant d'éléments qui dépassent les seules données biomédicales.

Cette orientation est prolongée dans les sciences infirmières par Benner (1994), qui insiste sur la compréhension empathique de l'expérience du patient comme fondement du soin. De façon complémentaire, Carel (2016) montre que les situations de maladie, de vulnérabilité ou de transformation corporelle modifient profondément la manière dont les personnes vivent leur corps et interprètent leur existence. Ces contributions éclairent particulièrement le contexte prénatal, où les changements physiques, émotionnels et sociaux transforment continuellement l'expérience des femmes et influencent leur manière de communiquer avec les professionnelles qui les accompagnent.

Ainsi, le vécu apparaît comme une construction dynamique qui se développe au fil des expériences, des interactions et des significations attribuées aux événements. Il ne se réduit ni aux faits observables ni aux émotions isolées, mais résulte de l'articulation permanente entre le corps, les relations, les récits et le contexte socioculturel dans lequel évoluent les individus.

Dans le cadre de cette recherche, le vécu communicationnel prénatal peut être défini comme l'ensemble des expériences, perceptions, significations et émotions coconstruites par la sage-femme et la mère au cours de leurs interactions communicationnelles. Ces interactions, qu'elles soient verbales, non verbales, corporelles, écrites ou numériques, prennent sens dans un contexte clinique, relationnel, culturel et organisationnel donné. Le vécu communicationnel constitue ainsi un processus dynamique, situé et évolutif, façonné simultanément par les expériences individuelles, les relations interpersonnelles et les réalités socioculturelles qui

caractérisent la consultation prénatale. Cette définition sert de fondement conceptuel à l'approfondissement de l'analyse et introduit la réflexion sur la communication prénatale présentée dans la section suivante.

2.2.2 Définition de la communication prénatale

La communication prénatale désigne l'ensemble des processus interactionnels qui se déploient tout au long du suivi de grossesse entre la mère et les professionnels qui l'accompagnent, principalement les sages-femmes, mais également, selon les contextes, les médecins et les autres intervenants de première ligne (Mishler, 1984; Street et al., 2009; OMS, 2016). Elle englobe les échanges verbaux, non verbaux, corporels, écrits et, de manière croissante, numérique, qui permettent de partager des informations, de construire une relation de confiance, d'accompagner les décisions cliniques et de soutenir l'expérience de la maternité.

Contrairement à une conception strictement biomédicale centrée sur la transmission d'informations, la communication prénatale constitue un processus relationnel dynamique dans lequel les connaissances scientifiques, les émotions, les valeurs, les attentes, les expériences vécues et les réalités socioculturelles se rencontrent et se négocient. Elle participe ainsi à la coconstruction du sens de la grossesse et du parcours de soins, tout en favorisant une alliance thérapeutique entre la sage-femme et la mère (Street et al., 2009; Epstein et Street, 2011).

Dans la littérature scientifique, cette perspective conduit plusieurs auteurs à considérer la communication prénatale comme un processus bidirectionnel reposant sur trois fonctions complémentaires. La première est informative; elle vise le partage de connaissances nécessaires au suivi de la grossesse, à la prévention des complications et à la prise de décisions éclairées. La deuxième est relationnelle; elle s'appuie sur l'écoute active, l'empathie, la reconnaissance des émotions et le développement d'un climat de confiance. Enfin, la troisième est participative; elle favorise l'engagement de

la mère dans son parcours de soins, renforce son pouvoir d'agir et soutient une prise de décision partagée (O'Hagan et al., 2014; Freedman, 2016 ; Knaak et Brown, 2019)
En contexte africain, et plus particulièrement au Gabon, cette communication s'inscrit dans des environnements où les normes sociales, les représentations culturelles de la maternité, les rapports familiaux, les croyances et les ressources disponibles influencent les interactions entre la mère et les professionnels de santé (Sow, 2020; Bousso et Diedhiou, 2018). La sage-femme est ainsi amenée à articuler les exigences biomédicales du suivi prénatal avec les réalités culturelles et sociales des mères afin de construire un dialogue respectueux, contextualisé et cliniquement pertinent.

Par ailleurs, la communication prénatale contribue au développement de la littératie en santé et au renforcement du pouvoir d'agir des mères. En facilitant l'accès à une information compréhensible, adaptée et négociée, elle favorise la compréhension des risques, l'anticipation des situations complexes, l'adhésion au suivi prénatal et la participation active aux décisions concernant la grossesse (Nutbeam, 2008). Chaque consultation devient ainsi un espace privilégié d'apprentissage, de reconnaissance mutuelle et de consolidation du partenariat de soins.

Dans cette étude, la communication prénatale est comprise comme un processus interactionnel, relationnel et contextuel par lequel la sage-femme et la mère coconstruisent, au fil des consultations et des entretiens en présence ou à distance, des significations, des décisions et des expériences liées à la grossesse. Cette communication mobilise simultanément des dimensions informationnelles, relationnelles, émotionnelles, culturelles, organisationnelles et numériques qui participent à la construction du vécu communicationnel prénatal.

Afin de préciser les composantes constitutives de cette communication, la section suivante examine les principaux éléments qui structurent les interactions prénatales. Elle s'intéresse successivement aux acteurs de la relation de soins — le soignant et la personne soignée —, à la grossesse comme contexte communicationnel particulier

ainsi qu'à la consultation prénatale comme espace privilégié où se construit le vécu communicationnel entre la SF et la mère.

2.2.2.1 Éléments structurant le vécu de la communication prénatale

Le soignant

Le terme soignant dérive du verbe soigner et est lui-même issu du latin "*soniare*" qui signifie « s'occuper de », « prendre soin de ». Cette étymologie met d'emblée en lumière la dimension relationnelle du soin, entendu comme une activité tournée vers autrui et orientée par l'attention, la sollicitude et la responsabilité (Collière, 1982).

Dans la littérature scientifique, le soignant est défini comme une personne qui prodigue des soins et une assistance à autrui, que ce soit pour maintenir, restaurer ou promouvoir la santé physique, psychique, émotionnelle et sociale (Maurer, 2013; Baillie et al., 2015; Beauchamp et Childress, 2019). Plus qu'un simple technicien de la santé, le soignant s'inscrit dans une relation d'aide, mobilisant empathie, écoute active et présence, autant de qualités reconnues comme constitutives de « prendre soin » (Ricoeur, 1990; Watson, 2008).

Dans la présente recherche, le terme soignant désigne spécifiquement la sage-femme ou maïeuticienne, engagée dans les activités de consultation prénatale (CPN). Ce choix reflète la place stratégique de la sage-femme dans le suivi de grossesse, où elle agit à la fois comme experte clinique, éducatrice en santé, accompagnatrice du vécu maternel et médiatrice du processus de mise au monde.

Les définitions contemporaines proposées par l'OMS (2012) puis par l'International Confédération of Midwives (ICM, 2023) témoignent d'une évolution importante de la profession. La sage-femme n'est plus uniquement définie par la réalisation d'actes techniques liés à la grossesse et à l'accouchement, mais également par sa capacité à assurer un accompagnement global des femmes, intégrant les dimensions préventives, éducatives, psychosociales, relationnelles et éthiques des soins en santé sexuelle et reproductive.

Dans le cadre de la communication prénatale, cette évolution confère à la sage-femme une place singulière. Elle constitue l'interface privilégiée entre les savoirs scientifiques, les besoins exprimés par la mère et les réalités du contexte de soins. Au-delà de l'évaluation clinique, elle accueille les préoccupations, accompagne les émotions, soutient la compréhension des informations et favorise une prise de décision éclairée tout au long du suivi prénatal.

Ainsi, dans cette recherche, le soignant désigne spécifiquement la sage-femme comme actrice principale du vécu communicationnel prénatal. Son rôle ne se limite pas à dispenser des soins biomédicaux; il consiste également à construire, avec la femme enceinte, un espace relationnel où s'articulent écoute, dialogue, confiance, reconnaissance mutuelle et partage de sens. Cette posture communicationnelle constitue l'un des fondements de l'analyse développée dans cette thèse.

Si la qualité du vécu communicationnel dépend largement de la posture adoptée par la sage-femme, elle se construit également à partir de l'expérience, des attentes, des représentations et de l'engagement de la mère. La compréhension de cette dynamique nécessite donc de définir le second acteur de la relation de soins : la personne soignée.

La personne soignée

Le terme soigné désigne, dans son acception la plus large, toute personne qui reçoit des soins, un accompagnement ou une intervention de la part de professionnels de la santé dans le but de préserver, de restaurer ou de promouvoir sa santé physique, mentale ou émotionnelle (Weston, 2016; Riegelman, 2017; Taylor et al., 2019). Toutefois, les approches contemporaines des soins invitent à dépasser cette définition fonctionnelle. La personne soignée n'est plus considéré comme un simple bénéficiaire d'actes thérapeutiques, mais comme un sujet capable d'interpréter son expérience, d'exprimer ses besoins, de participer aux décisions et de contribuer activement à la relation de soins.

Cette évolution s'inscrit dans une vision holistique de la santé selon laquelle toute personne est porteuse d'une histoire, de connaissances expérientielles, de ressources

personnelles et d'un environnement social qui influencent sa manière de vivre la maladie ou, dans le cas présent, la grossesse (Stewart et al., 2000; Watson, 2008). Les dimensions biologiques, psychologiques, affectives, sociales, culturelles et spirituelles s'entrecroisent ainsi pour façonner l'expérience du soin. La personne soignée est donc reconnue comme une personne singulière dont le vécu constitue une source essentielle de compréhension pour le professionnel.

Dans cette recherche, la personne soignée correspond plus précisément à la mère engagée dans un suivi prénatal auprès d'une sage-femme. Son expérience dépasse largement la seule surveillance biomédicale de la grossesse. Elle vit simultanément des transformations corporelles, émotionnelles, familiales, sociales et identitaires qui influencent sa manière de comprendre les informations reçues, d'interpréter les recommandations cliniques et d'entrer en relation avec les professionnels de santé.

La mère mobilise également ses croyances, ses valeurs, ses connaissances antérieures ainsi que les normes culturelles et familiales qui entourent la maternité. Ces différents référentiels orientent ses attentes envers les consultations prénatales, ses inquiétudes, ses décisions et son engagement dans le parcours de soins. Dans plusieurs contextes africains, dont le Gabon, les réseaux familiaux, les traditions locales, les croyances spirituelles ainsi que les expériences communautaires participent activement à la construction de cette expérience prénatale.

Dans cette perspective, elle apparaît comme une véritable partenaire de la relation de soins. Son rôle ne consiste pas uniquement à recevoir des conseils médicaux, mais également à partager son vécu, à exprimer ses préoccupations, à poser des questions, à négocier certaines décisions et à coconstruire, avec la sage-femme, les modalités d'un accompagnement adapté à sa situation. Cette participation favorise une meilleure compréhension mutuelle, renforce la confiance et contribue à une prise en charge plus personnalisée.

Ainsi, la personne soignée est envisagée comme une personne actrice de son parcours prénatal, dont le vécu communicationnel se construit continuellement au contact des interactions avec la sage-femme. Son expérience constitue l'une des composantes

essentielles de la relation étudiée, puisqu'elle participe à la production du sens, à la qualité des échanges et à l'évolution du processus communicationnel tout au long de sa grossesse.

La grossesse

Pour cette étude, la grossesse peut être appréhendée non seulement comme un phénomène biologique et physiologique, mais également comme une expérience humaine, sociale, symbolique et communicationnelle qui encadre le rapport entre la mère et les professionnelles de santé, notamment la sage-femme. Elle constitue un cadre de transformation identitaire, émotionnelle et relationnelle, au sein duquel la communication prend une valeur stratégique pour soutenir, orienter et sécuriser le parcours maternel.

D'un point de vue médical, la grossesse est définie comme un état physiologique qui s'étend de la fécondation à l'accouchement, durant lequel l'embryon puis le fœtus se développent dans l'utérus maternel (Ladewig et al., 2019). Elle dure en moyenne quarante semaines d'aménorrhée (absence de règles) et s'accompagne de transformations hormonales, corporelles et métaboliques considérables. Ces transformations rendent nécessaire un suivi clinique régulier incluant dépistages, examens physiques, évaluations des risques obstétricaux et conseils de santé (OMS, 2016). Toutefois, cette assertion biomédicale, bien qu'essentielle, n'épuise pas la complexité de la grossesse en tant que vécu.

Dans la vision des approches interactionnelles et sociocontextuelles, la grossesse est également conçue comme une période relationnelle intense, où la mère doit interpréter, comprendre et négocier des informations médicales et des attentes sociales. La grossesse constitue ainsi un moment essentiel de découverte, où la qualité de la communication avec la sage-femme reste un facteur de compréhension, de sécurité et de confiance (Mishler, 1984).

Au Gabon, la grossesse s'inscrit dans un ensemble de normes culturelles où la maternité occupe une place sociale importante. En effet, elle est en même temps un événement

individuel, familial et communautaire, marqué par des représentations symboliques et parfois par des contraintes organisationnelles du système de soins qui nécessite un investissement émotionnel satisfaisant et du soutien de l'entourage (Sow, 2020; Bousso et Diedhiou, 2018).

Cet espace de rencontre entre différents savoirs nécessite une communication sensible et contextualisée. De ce fait, la grossesse ne constitue pas uniquement le contexte clinique de la communication prénatale; elle en représente également le moteur. Les changements qu'elle engendre suscitent continuellement des besoins d'information, d'écoute, de réassurance, de soutien et de reconnaissance. Ces besoins alimentent les interactions entre la mère et la sage-femme et contribuent à la construction du vécu communicationnel tout au long du parcours prénatal.

Ainsi, dans cette recherche, la grossesse est appréhendée comme un processus évolutif, relationnel et contextualisé, au sein duquel les dimensions biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et communicationnelles s'entrecroisent. Elle constitue le troisième élément structurant du vécu communicationnel prénatal, qui crée les conditions dans lesquelles les interactions entre la sage-femme et la mère prennent sens, se développent et évoluent au fil du suivi. La section ci-après amorce le quatrième élément structurant du vécu communicationnel prénatal, la CPN qui représente le principal espace où se construisent les échanges, les décisions et les significations partagées durant la période gestationnelle.

La consultation prénatale (CPN)

La consultation prénatale (CPN) désigne un ensemble organisé, continu et structuré de rencontres entre une mère et un professionnel de santé dans le but d'assurer le suivi médical, éducatif, psychologique et social de la grossesse. Inscrite dans une perspective préventive et humaniste, elle constitue un dispositif essentiel de la santé maternelle et néonatale. L'OMS (2017) souligne que les soins prénatals regroupent l'ensemble des interventions offertes par les professionnelles qualifiées afin d'assurer aux femmes enceintes ses soins de qualité tout au long de la grossesse, tant pour la mère que pour

le fœtus. Ces interventions englobent l'identification précoce des facteurs de risque, la prévention des complications, la prise en charge des pathologies associées à la gestation ainsi que la promotion de la santé à travers l'éducation sanitaire et les conseils adaptés. Cette approche intégrée permet de réduire significativement la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales en assurant la détection rapide des complications et en facilitant la référence et la prise en charge vers les structures adaptées.

Dans cette perspective, la CPN s'inscrit dans une approche biomédicale et relationnelle. D'une part, elle permet la détection précoce des complications et la mise en œuvre des stratégies préventives et thérapeutiques, contribuant ainsi à réduire la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales. D'autre part, la révision du modèle de soins prénatals proposé par l'OMS (2017), adopté au Gabon en 2018, prône une expérience positive de la maternité fondée sur un continuum de huit contacts prénatals. Cette orientation vise à renforcer la qualité des soins, les rapports de confiance, l'alliance thérapeutique et l'engagement des mères dans leur parcours de santé. L'OMS insiste également sur la dimension holistique de la CPN, qui intègre des actions liées à la nutrition, à la prévention du paludisme, au dépistage du Virus de l'Immunodéficience humaine (VIH), à la tuberculose, ainsi qu'à la préparation à la parentalité.

Au Gabon, la CPN est institutionnellement reconnue comme l'un des piliers stratégiques de la politique de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Les directives nationales contenues dans le Draft CNP/CPON (2019) élaborées par le ministère de la Santé, avec l'appui de l'OMS et du Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), définissent la CPN comme un dispositif de surveillance clinique continue où toute grossesse est perçue comme « à risque » par principe. Dans cette caractéristique, la CPN devient un espace structuré de vigilance, d'éducation et de prévention, des soins de qualité visant à maintenir la santé de la mère et du fœtus.

La distinction entre le « discours du soignant » et le « discours de la personne soignée » rappelle que la consultation prénatale est traversée par des asymétries de savoirs et de pouvoirs, nécessitant une communication ajustée, empathique et culturellement sensible (Mishler, 1984)

Ces dimensions sont essentielles pour comprendre que la CPN n'est pas seulement un acte technique, mais une interaction sociale contextualisée, influencée par des normes, des attentes et des cadres socioculturels, tel que l'a démontré Mishler (1984) dans sa distinction entre le « discours du soignant » et « le discours du soigné » empreint d'expérience vécue.

Comme dans de nombreux contextes, la CPN est façonnée par des réalités organisationnelles (hospitalocentrisme, surcharge des services de santé, disponibilités des ressources, etc.), mais aussi par des représentations culturelles de la maternité, du rapport au soin et du rôle des professionnels. En ce sens, la CPN apparaît comme un espace multidimensionnel où se rencontrent surveillance médicale, accompagnement global et interactions humaines. Pour la mère, il s'agit d'un moment important pour comprendre sa grossesse et développer un sentiment de sécurité. Pour la sage-femme, la CPN est un espace d'exercice de compétences professionnelles, relationnelles et communicationnelles pour un suivi de qualité.

En définitive, dans cette recherche, la CPN est comprise comme un espace communicationnel complexe où s'articulent simultanément les dimensions cliniques, relationnelles, éducatives, organisationnelles et socioculturelles du soin. Un milieu concret d'observation et d'analyse du vécu communicationnel prénatal, car elle concentre l'ensemble des interactions qui jalonnent la qualité du suivi. Cette compréhension permet de poursuivre sur l'exploration des modalités d'expression du vécu communicationnel prénatal en mettant en évidence les processus interactionnels qui entourent le parcours de soins.

2.2.2.2 Les modes d'expression du vécu communicationnel prénatal

Les écrits scientifiques montrent que les modes d'expression du vécu communicationnel prénatal ont connu une évolution importante au cours des dernières décennies. Initialement envisagée comme un processus essentiellement instrumental, centré sur la transmission unidirectionnelle d'informations biomédicales, la

communication prénatale est désormais appréhendée comme un processus interactionnel, relationnel et participatif, au sein duquel les acteurs coconstruisent progressivement les significations, les décisions et l'expérience même de la grossesse (Mead & Bower, 2000; Street, 2013). Cette évolution traduit un changement de paradigme, passant d'une logique d'information à une logique de relation, où la qualité des échanges devient un déterminant essentiel de l'expérience des soins.

Dans cette perspective, la consultation prénatale ne constitue plus uniquement un espace d'évaluation clinique, mais également un lieu de dialogue, de négociation de sens, d'accompagnement émotionnel et de reconnaissance mutuelle entre la sage-femme et la mère. Les approches contemporaines centrées sur la personne soulignent que la compréhension réciproque, la confiance et la participation active des femmes reposent autant sur la qualité de la relation que sur la pertinence des informations transmises (Stewart et al., 2000; Street, 2013).

Ainsi, le vécu communicationnel prénatal s'exprime à travers une pluralité de modalités complémentaires qui participent conjointement à la construction de l'expérience relationnelle. La recherches distinguent principalement deux grandes formes d'expression : d'une part, le vécu en présentiel, qui mobilise les dimensions verbale, non verbale et écrite de la communication; d'autre part, le vécu numérique, qui prolonge les interactions au-delà de la consultation grâce aux technologies de communication. Loin de fonctionner de manière indépendante, ces différentes modalités s'articulent continuellement et contribuent, chacune selon ses spécificités, à soutenir la continuité des soins, la compréhension, la confiance, l'engagement et le sentiment de sécurité des mères.

Expression du vécu en présentiel : la communication verbale

La communication verbale constitue la modalité privilégiée à travers laquelle se construit le vécu communicationnel lors des consultations prénatales. Elle renvoie à l'usage intentionnel du langage oral pour expliquer, informer, questionner, reformuler, clarifier ou rassurer la mère (Heritage et Maynard, 2006). Elle englobe la transmission

d'informations biomédicales relatives au suivi physiologique de la grossesse, l'explication des résultats, la formulation des recommandations, l'exploration des inquiétudes et des attentes maternelles, ainsi que la négociation des décisions et des choix de santé. En effet, la qualité de la communication verbale influence de manière significative la compréhension, la satisfaction, la perception de sécurité et l'adhésion aux conseils prénatals (Kettunen et al., 2015). La clarté du discours, l'adaptation linguistique, la reformulation, l'écoute active mais aussi la reconnaissance de la subjectivité maternelle sont autant de compétences interactionnelles qui qualifient la communication verbale (Stewart et al., 2000). Par ailleurs, un langage clair, contextualisé et adapté au niveau de littératie en santé de la mère contribue à réduire l'anxiété, à améliorer l'autonomie décisionnelle et à renforcer la confiance envers les soignants (Nutbeam, 2008).

Dans le contexte gabonais, la communication verbale se colore parfois de références culturelles, de normes sociales et de métaphores locales ou termes vernaculaires. Cette dimension sociolinguistique confère une richesse d'informations, mais également peut générer des incompréhensions lorsque ces réalités ne sont pas prises en compte. La sensibilité linguistique et culturelle apparaît ainsi comme une composante essentielle de la compétence communicationnelle de la sage-femme, appelée à ajuster continuellement son discours afin de favoriser une compréhension partagée et une relation respectueuse des réalités vécues par les mères.

Expression du vécu de la communication non verbale: le langage silencieux du soin

La communication non verbale regroupe l'ensemble des comportements expressifs qui accompagnent, complètent ou, parfois, remplacent la parole, notamment les regards, les expressions faciales, les gestes, la posture, la distance interpersonnelle, le toucher professionnel, le silence et les variations de la voix (Birdwhistell, 1970; Hall, 2006). Elle constitue un vecteur essentiel du climat relationnel lors des rencontres.

Contrairement à une conception qui limiterait la communication aux seuls échanges verbaux, les approches relationnelles considèrent que les messages non verbaux

constituent un langage à part entière, révélateur des émotions, des intentions et de la disponibilité relationnelle des interlocuteurs. Une posture ouverte, un regard attentif, une attitude calme, un sourire rassurant ou un silence respectueux peuvent transmettre empathie, disponibilité et bienveillance, renforçant ainsi le sentiment de confiance et de sécurité indispensables à la relation de soin. À l'inverse, une attitude distante, un regard fuyant, des gestes brusques ou une absence de disponibilité peuvent être interprétés comme des signes de désintérêt, de jugement ou d'autorité excessive, compromettant la qualité de l'interaction.

Dans cette perspective, la communication non verbale ne constitue pas un simple accompagnement du discours; elle en influence l'interprétation et la crédibilité. Les travaux de Rogers (1961) rappellent que la congruence entre les attitudes, les comportements et la parole représente une condition essentielle à l'établissement d'une relation authentique, tandis que Watson (2008) souligne que la présence soignante se manifeste autant par la qualité de l'être-avec que par les actes techniques réalisés. Ainsi, le toucher professionnel, la proximité ajustée, le rythme des échanges et la qualité de la présence deviennent eux-mêmes des médiateurs de la relation thérapeutique.

Cette dimension revêt une importance particulière dans les consultations prénatales, où les femmes peuvent exprimer leurs préoccupations, leurs craintes ou leurs attentes de manière implicite, parfois davantage par leurs attitudes que par leurs paroles. La capacité de la sage-femme à reconnaître ces manifestations non verbales lui permet d'ajuster sa communication, d'accueillir les émotions exprimées et de créer un environnement propice à la parole, au soutien et à la participation de la mère.

Dans le contexte gabonais, cette communication silencieuse s'inscrit également dans des codes culturels spécifiques qui influencent les comportements interactionnels. Le regard, la proximité physique, le silence ou certaines attitudes corporelles peuvent revêtir des significations particulières selon les normes sociales et les références culturelles des personnes concernées. La compétence communicationnelle de la sage-femme suppose ainsi une sensibilité interculturelle lui permettant d'interpréter ces

expressions avec prudence et de prévenir les incompréhensions susceptibles d'altérer la relation de soin.

En définitive, la communication non verbale apparaît comme le langage silencieux du soin, soutenant la parole sans s'y substituer. Elle contribue à la construction de la confiance, à la reconnaissance de l'expérience maternelle et à l'établissement d'une relation thérapeutique fondée sur la présence, l'écoute et la réciprocité.

Expression de la communication prénatale écrite

La communication écrite en constitue une composante complémentaire du vécu communicationnel prénatal. Contrairement aux échanges verbaux et non verbaux, qui s'inscrivent principalement dans l'instant de la consultation, elle permet de prolonger les interactions au-delà de la rencontre clinique en offrant des repères durables auxquels la mère peut se référer tout au long de son parcours de grossesse.

Dans cette perspective, l'écrit ne se limite pas à une fonction administrative ou documentaire. Il constitue un véritable support de communication favorisant la transmission, la mémorisation et l'appropriation des informations nécessaires au suivi prénatal. Carnets de maternité, dossiers médicaux, ordonnances, brochures éducatives, fiches de conseils ou plans de suivi participent ainsi à la continuité de l'accompagnement en permettant à la mère de consulter les informations reçues, de préparer les consultations ultérieures et de mieux comprendre les recommandations formulées par les professionnels (Gagnon et Sabourin, 2018; OMS, 2022).

Les écrits scientifiques soulignent également que l'efficacité de la communication écrite dépend moins de la quantité d'informations diffusées que de leur clarté, de leur accessibilité et de leur adéquation aux besoins des personnes concernées. Des documents rédigés dans un langage simple, structurés et adaptés au niveau de littératie en santé des mères favorisent une meilleure compréhension des messages, renforcent leur autonomie et soutiennent leur participation au suivi prénatal (Nutbeam, 2008; Stableford et Mettger, 2007). À l'inverse, des contenus trop techniques, peu

contextualisés ou difficilement accessibles peuvent limiter leur appropriation et accentuer les inégalités d'accès à l'information.

Dans le contexte gabonais, la communication écrite demeure un outil essentiel d'organisation et de continuité des soins, mais son efficacité varie selon les conditions d'accès aux ressources documentaires, les niveaux de scolarisation, les compétences en lecture ainsi que les réalités linguistiques des mères. Ces éléments invitent les professionnels à adapter leurs supports écrits afin qu'ils demeurent compréhensibles, culturellement pertinents et réellement mobilisables dans la vie quotidienne.

Ainsi, la communication écrite ne constitue pas un simple complément aux échanges réalisés lors de la consultation. Elle participe pleinement au vécu communicationnel prénatal en assurant la continuité des informations, en renforçant la compréhension des messages et en soutenant progressivement l'autonomie des mères dans la gestion de leur grossesse. Elle représente ainsi un lien durable entre les différentes étapes du parcours prénatal et contribue à consolider la relation thérapeutique initiée en consultation. Cette évolution conduit à analyser une autre forme d'expression du vécu communicationnel prénatal : le vécu numérique.

Expression du vécu numérique de la communication prénatale

L'évolution des technologies de l'information et de la communication a profondément transformé les modalités d'interaction entre les professionnels de santé et les personnes soignées. Dans le domaine de la santé maternelle, ces outils ne constituent plus uniquement des moyens de diffusion de l'information; ils participent désormais à la continuité des échanges, à l'accompagnement des femmes enceintes et au maintien du lien thérapeutique au-delà des consultations présentielles (Lupton, 2016; Murray et al., 2020).

Dans cette perspective, le vécu numérique de la communication prénatale désigne l'ensemble des interactions médiatisées par les technologies de communication qui prolongent la relation entre la sage-femme et la femme enceinte tout au long du parcours de grossesse. Les échanges téléphoniques, les applications de messagerie

instantanée, les plateformes numériques ou les services de télésanté constituent autant de modalités permettant de maintenir un dialogue continu, d'apporter des conseils, de répondre aux préoccupations des femmes et d'assurer un suivi plus réactif lorsque les circonstances l'exigent.

La littérature montre que ces outils favorisent une meilleure accessibilité aux professionnels, réduisent certaines barrières géographiques et organisationnelles et renforcent la continuité des soins, particulièrement dans les contextes où les déplacements sont difficiles ou lorsque des besoins d'information surviennent entre deux consultations (Ventola, 2014; Durupt et al., 2016). Ils permettent également d'améliorer la circulation des informations, de soutenir la littératie en santé et de favoriser une participation plus active des femmes dans le suivi de leur grossesse.

Toutefois, ces dispositifs ne remplacent pas la rencontre clinique. Les auteurs soulignent plutôt leur complémentarité avec les consultations en présentiel. Les interactions numériques prolongent la relation thérapeutique sans pouvoir reproduire l'ensemble des dimensions verbales, non verbales, corporelles et émotionnelles qui caractérisent la rencontre directe entre la sage-femme et la femme enceinte (Lupton, 2016; Murray et al., 2020). Leur utilisation suppose ainsi un équilibre entre proximité relationnelle, confidentialité, disponibilité professionnelle et respect des limites éthiques du suivi.

Dans le contexte gabonais, le développement rapide de la téléphonie mobile et des applications de messagerie, notamment WhatsApp, ouvre de nouvelles possibilités de communication entre les sages-femmes et les mères. Ces outils facilitent les rappels de rendez-vous, la réponse aux préoccupations exprimées entre les consultations, l'accompagnement de certaines situations particulières ainsi que le maintien du contact avec les mères dont le suivi pourrait être interrompu. Leur usage contribue ainsi à renforcer la continuité du parcours prénatal tout en s'adaptant aux réalités organisationnelles et géographiques des services de santé.

Dans cette recherche, le vécu numérique est envisagé non comme une modalité indépendante, mais comme un prolongement de la communication en présentiel. Les

interactions médiatisées viennent compléter les rencontres cliniques en soutenant l'accompagnement, la disponibilité relationnelle et la continuité des soins. Elles participent ainsi à une communication prénatale plus souple, plus accessible et davantage adaptée aux besoins évolutifs des mères.

Ainsi, les différents modes d'expression du vécu communicationnel prénatal mettent en évidence la richesse et la complexité des interactions qui se développent entre la sage-femme et la mère tout au long du suivi de grossesse. Les échanges verbaux, les manifestations non verbales, les supports écrits ainsi que les interactions numériques ne constituent pas des modalités isolées; ils s'articulent continuellement pour soutenir la compréhension, la confiance, la participation des mères et la continuité des soins.

Cette complémentarité souligne que la communication prénatale ne peut être réduite à un simple transfert d'informations. Elle représente un processus relationnel dynamique où les dimensions cliniques, éducatives, émotionnelles, culturelles et organisationnelles s'entrecroisent pour construire progressivement le vécu de la grossesse. Les différentes modalités de communication apparaissent ainsi comme autant de ressources mobilisées par la sage-femme afin d'adapter son accompagnement aux besoins évolutifs des mères.

Toutefois, si ces modalités permettent de comprendre comment s'exprime le vécu communicationnel, leur efficacité demeure étroitement liée à la manière dont elles sont mobilisées dans la pratique quotidienne. Cette observation conduit à examiner le rôle central de la sage-femme dans la construction, l'adaptation et la continuité de la communication prénatale.

2.2.3 Le rôle pivot de la sage-femme dans le vécu de la communication prénatale

Après avoir examiné les différentes modalités d'expression du vécu communicationnel prénatal, il apparaît que leur efficacité dépend moins des outils mobilisés que de la manière dont ils sont intégrés dans la relation de soins. Qu'il s'agisse des échanges

verbaux, des manifestations non verbales, des supports écrits ou des interactions numériques, ces modalités ne prennent véritablement sens qu'à travers l'action de la sage-femme, qui en assure la cohérence et l'adaptation aux besoins de chaque mère.

Les recherches reconnaissent aujourd'hui la sage-femme comme une actrice centrale de la communication en santé maternelle. Son rôle dépasse largement la réalisation d'actes techniques ou la surveillance clinique de la grossesse. Elle accompagne les mères dans la compréhension des changements liés à la maternité, favorise l'expression de leurs préoccupations, soutient leur participation aux décisions et contribue à l'établissement d'une relation thérapeutique fondée sur la confiance, le respect et la reconnaissance mutuelle (OMS, 2022; ICM, 2023).

Cette fonction communicationnelle s'exerce tout au long du parcours prénatal. À chaque consultation, la sage-femme adapte son discours aux besoins, aux connaissances et aux attentes de la mère. Elle reformule les informations, clarifie les recommandations, répond aux inquiétudes exprimées, accompagne les prises de décision et favorise une compréhension partagée des situations rencontrées. Cette capacité d'ajustement illustre la nature profondément relationnelle de son exercice professionnel.

Toutefois, la communication ne repose pas uniquement sur les compétences verbales. La qualité de la présence, l'écoute attentive, les attitudes non verbales, la disponibilité, le respect du rythme de la mère ainsi que la capacité à reconnaître les dimensions émotionnelles et culturelles de la grossesse participent également à la construction d'une relation de soins de qualité. Ces compétences relationnelles permettent à la sage-femme d'établir un climat propice au dialogue, à la confiance et à l'engagement des mères dans leur suivi prénatal.

L'évolution des pratiques professionnelles conduit également la sage-femme à investir de nouveaux espaces de communication. Les échanges téléphoniques, les applications de messagerie instantanée et les autres outils numériques prolongent désormais l'accompagnement au-delà de la consultation. Sans remplacer la rencontre en présentiel, ces modalités contribuent à maintenir le lien thérapeutique, à assurer une continuité des

soins et à répondre plus rapidement aux besoins exprimés par les mères entre deux consultations. Elles élargissent ainsi le champ d'action communicationnel de la sage-femme tout en soulevant de nouveaux enjeux éthiques, organisationnels et relationnels. Dans le contexte gabonais, cette fonction prend une dimension particulière. Les sages-femmes exercent dans des environnements caractérisés par une diversité linguistique et culturelle, des contraintes organisationnelles variables et des réalités sociales susceptibles d'influencer les interactions avec les mères. Elles sont ainsi amenées à articuler les recommandations biomédicales avec les savoirs expérientiels des femmes, leurs croyances, leurs pratiques familiales et leurs conditions de vie afin de construire une communication adaptée, respectueuse et culturellement pertinente.

Comme l'a montré Deloge (2018), l'intégration des dimensions culturelles est indispensable pour offrir un accompagnement respectueux et efficace. Le développement d'une compétence communicationnelle culturelle, fondée sur la connaissance, la reconnaissance et le respect des pratiques locales, permet à la SF d'éviter les malentendus, de réduire les résistances et de favoriser l'engagement des familles (Betancourt et al., 2016). Ainsi, le rôle de la sage-femme ne peut être réduit à celui d'une simple dispensatrice de soins ou d'informations. Elle apparaît comme une véritable médiatrice de la relation thérapeutique, capable d'articuler les dimensions cliniques, éducatives, relationnelles, émotionnelles, culturelles et numériques de la communication prénatale. Son action contribue directement à la manière dont les femmes vivent leur grossesse, interprètent les messages reçus et s'engagent dans leur parcours de soins.

Dans cette recherche, la sage-femme est donc appréhendée comme l'actrice centrale du vécu communicationnel prénatal. Par ses compétences communicationnelles, sa posture relationnelle et sa capacité d'adaptation aux contextes de soins, elle participe à la coconstruction d'une expérience de communication qui dépasse la simple transmission d'informations pour devenir un véritable accompagnement de la maternité. Si les compétences communicationnelles de la sage-femme constituent un déterminant majeur de la qualité des interactions prénatales, elles s'exercent toujours dans un

environnement clinique, institutionnel, social et culturel qui en façonne les possibilités et les limites. La compréhension du vécu communicationnel prénatal nécessite donc d'élargir l'analyse aux réalités contextuelles dans lesquelles se déploient les pratiques professionnelles. La section suivante examine ces enjeux à partir du contexte spécifique du Gabon.

2.2.4 Les enjeux contextuels du vécu communicationnel prénatal au Gabon

Les interactions entre la sage-femme et la mère ne se construisent jamais indépendamment du contexte dans lequel elles s'enracinent. Les modalités de communication, les attentes des mères, les pratiques professionnelles ainsi que les possibilités d'accompagnement sont influencées par des facteurs organisationnels, socioculturels, économiques et institutionnels qui façonnent l'expérience du suivi prénatal. Comprendre le vécu communicationnel suppose ainsi de dépasser la seule relation interpersonnelle afin d'intégrer l'ensemble des réalités qui structurent les pratiques de soins.

Au Gabon, la santé maternelle a connu des progrès importants au cours des dernières décennies grâce au renforcement des politiques nationales de santé reproductive, à l'amélioration de l'offre de soins et à l'augmentation du recours aux consultations prénatales. Malgré ces avancées, plusieurs défis persistent et influencent encore la qualité des interactions entre les sages-femmes et les mères.

Parmi ces défis figurent notamment les contraintes organisationnelles des structures sanitaires, les charges de travail des professionnels, les disparités d'accès aux services, les inégalités territoriales ainsi que la diversité linguistique et culturelle des populations. Ces réalités modulent les conditions dans lesquelles les consultations prénatales sont réalisées et influencent la manière dont les informations sont transmises, comprises et appropriées par les mères.

À ces facteurs s'ajoutent les représentations sociales de la grossesse, les croyances familiales, les pratiques traditionnelles, les rapports d'autorité entre soignants et les

personnes soignées ainsi que les attentes réciproques qui orientent les interactions au cours du suivi prénatal. Les mères ne mobilisent pas uniquement les savoirs biomédicaux pour comprendre leur grossesse; elles s'appuient également sur leurs expériences personnelles, les conseils de leur entourage, les références culturelles et les normes communautaires qui participent à la construction de leur parcours de soins. Dans ce contexte, les sages-femmes sont appelées à développer des compétences communicationnelles leur permettant d'adapter leurs pratiques aux réalités des mères qu'elles accompagnent. Elles doivent concilier les exigences des recommandations cliniques avec les dimensions culturelles, sociales et relationnelles propres à chaque situation, afin de favoriser une communication respectueuse, compréhensible et adaptée aux besoins exprimés.

Par ailleurs, le développement des technologies numériques modifie progressivement les modalités de suivi prénatal. Les communications téléphoniques et les applications de messagerie offrent de nouvelles possibilités de maintenir le lien entre les consultations, de répondre aux préoccupations des mères et d'assurer une meilleure continuité des soins. Ces transformations ouvrent de nouvelles perspectives communicationnelles, tout en soulevant des questions relatives à l'organisation du travail, à la confidentialité, à l'accessibilité des outils numériques et à l'équilibre entre présence physique et interactions médiatisées.

Ainsi, le contexte gabonais ne constitue pas un simple cadre géographique dans lequel se déroule cette recherche. Il représente un élément constitutif du vécu communicationnel prénatal, en influençant simultanément les pratiques professionnelles, les expériences des mères et les modalités d'interaction qui se développent tout au long du parcours de grossesse.

Au terme de cette recension, il advient que la communication prénatale résulte d'une interaction complexe entre les modalités de communication, les compétences relationnelles de la sage-femme et les réalités contextuelles propres au système de santé gabonais. Si les travaux recensés permettent d'éclairer ces différentes dimensions, ils renseignent encore peu sur la manière dont les sages-femmes elles-mêmes vivent,

interprètent et construisent cette expérience communicationnelle dans leur pratique quotidienne. Cette lacune scientifique justifie la présente recherche et conduit naturellement à la formulation de la question générale et des objectifs qui en découlent.

2.3 Formulation de la question et des objectifs de recherche

L'analyse des écrits a permis de mettre en évidence la complexité du vécu communicationnel, lequel se construit à l'intersection des dimensions relationnelles, cliniques, organisationnelles, culturelles et, plus récemment, numériques. Les travaux recensés montrent que la communication prénatale dépasse largement la transmission d'informations pour devenir un processus de coconstruction du sens, de négociation, d'accompagnement et de soutien tout au long du parcours de grossesse. Toutefois, les connaissances disponibles demeurent limitées quant à la manière dont les sages-femmes vivent, interprètent et déploient cette communication dans le contexte spécifique du suivi prénatal au Gabon.

À partir de ces constats, il apparaît nécessaire de conduire une recherche centrée sur l'expérience des sages-femmes afin de mieux comprendre les pratiques communicationnelles qu'elles mobilisent, les significations qu'elles leur attribuent ainsi que les conditions qui les influencent. Cette réflexion conduit naturellement à la formulation de la question générale et des objectifs qui orientent la présente recherche.

2.3.1 Question de recherche

À la lumière du cadre conceptuel développé dans ce chapitre, la présente recherche doctorale est guidée par la question générale suivante :

Comment les sages-femmes gabonaises vivent-elles et construisent-elles la communication prénatale dans leurs interactions avec les mères, et quels sens attribuent-elles à ces pratiques dans le contexte particulier du suivi prénatal au Gabon?

2.3.2 Objectifs de recherche.

2.3.2.1 Objectif général

Comprendre comment les sages-femmes gabonaises vivent et construisent la communication prénatale dans leurs interactions avec les mères afin d'analyser les modalités communicationnelles, les enjeux contextuels et les dynamiques interactionnelles qui structurent leur pratique du suivi prénatal.

1.3.2.2 Objectifs spécifiques

1. Analyser les situations contextuelles qui motivent ou orientent la communication prénatale ainsi que leurs implications pour la prise en charge.
2. Décrire les modalités et les stratégies communicationnelles mobilisées par les sages-femmes lors des consultations prénatales en contexte gabonais, en présentiel et à distance.
3. Explorer les perceptions des sages-femmes concernant les facilitateurs et les obstacles influençant la communication prénatale dans leur pratique quotidienne.
4. Identifier des leviers d'amélioration pour la clinique, l'enseignement et la recherche.

Les éléments conceptuels présentés dans ce chapitre ont permis de circonscrire l'objet de recherche, de préciser la question générale et les objectifs poursuivis. Afin de répondre à ce questionnement, le chapitre suivant présente le cadre méthodologique retenu, en exposant la posture épistémologique, la stratégie de recherche, le dispositif de collecte des données ainsi que les modalités d'analyse mobilisées dans cette étude.

CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre présente les fondements méthodologiques ayant guidé la réalisation de cette recherche portant sur le vécu communicationnel prénatal entre les sages-femmes et les mères au Gabon. En cohérence avec la nature exploratoire de la question de recherche et l'objectif de comprendre les significations attribuées aux expériences communicationnelles, une approche qualitative interprétative s'est imposée comme la plus appropriée. Celle-ci permet d'accéder à la complexité des interactions, des pratiques et des processus de coconstruction du sens qui caractérisent la communication prénatale.

La démarche retenue s'appuie sur les principes de la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE), qui privilégie l'émergence progressive des connaissances à partir des données empiriques plutôt que leur vérification à l'aide d'un cadre théorique prédéterminé (Glaser & Strauss, 1967; Corbin & Strauss, 2015; Anadon & Guillemette, 2007). Cette posture méthodologique s'accorde avec l'ambition de comprendre la communication prénatale telle qu'elle est vécue, interprétée et construite par les sages-femmes dans leur contexte professionnel.

Ce chapitre explicite d'abord les fondements épistémologiques et méthodologiques de la recherche ainsi que la justification du choix de cette approche. Il présente ensuite la posture de la chercheuse, indispensable dans une démarche attentive aux expériences, aux significations dans le contexte où l'expérience professionnelle antérieure et la proximité culturelle constituent des ressources mais aussi des éléments à objectiver, ainsi que la sensibilité théorique avec laquelle l'objet de recherche a été approché.

Les différentes étapes de la collecte et de l'analyse des données sont ensuite décrites en montrant comment les principes de la théorisation enracinée ont été opérationnalisés dans cette étude. Enfin, les considérations éthiques ayant encadrées la recherche sont exposées.

L'ensemble de ces éléments vise à rendre explicite la cohérence entre les fondements théoriques, les choix méthodologiques, les techniques de recherche mobilisées et la construction progressive de la compréhension du vécu communicationnel prénatal.

3.1 Fondements épistémologiques de la MTE

La méthodologie de la théorisation enracinée (MTE) repose sur les fondements épistémologiques qui éclairent à la fois sa conception de la connaissance, sa logique d'investigation et sa pertinence pour l'étude du vécu communicationnel prénatal. Élaborée par Glaser et Strauss dans l'ouvrage fondateur *The Discovery of Grounded Theory* (1967), connue comme « la découverte d'une théorie fondée sur des données » (Guillemette et Luckerhoff, 2012, p. 89). Cette perspective considère que la réalité sociale ne peut être comprise qu'à partir de l'expérience vécue des acteurs et des interactions qui donnent sens à leurs actions. La connaissance se construit ainsi au contact du terrain, à travers une exploration rigoureuse des situations concrètes, des pratiques et des significations attribuées par les personnes concernées. Cette posture s'inscrit dans l'héritage des traditions du pragmatisme et de l'interactionnisme symbolique, lesquelles ont influencé la pensée de Strauss.

Les travaux de John Dewey (1922), George-Herbert Mead (1934), Williams Thomas (1966), Herbert Blumer (1969), Everett Hugues (1971) ainsi que ceux de l'École de Chicago constituent des repères essentiels de cette tradition scientifique. Ils partagent l'idée que les individus ne réagissent pas simplement à leur environnement, mais construisent continuellement le sens de leurs expériences et par leurs interactions sociales.

De ces fondements découlent plusieurs postulats essentiels qui structurent la MTE : la nécessité d'aller sur le terrain pour comprendre les phénomènes sociaux, la conceptualisation progressive de la théorique émergente, la reconnaissance de la complexité et du caractère évolutif des situations étudiées, la considération des personnes comme des acteurs actifs face aux problèmes, la conviction que les

personnes agissent en apportant une signification à leurs actions, la compréhension que le sens est défini et redéfini par des interactions, une attention à la nature changeante des événements (processus) et la reconnaissance de l'interrelation entre les conditions (structure), le développement de l'action (processus) et les conséquences (Plouffe et Guillemette, 2012. p. 90).

Ces principes rejoignent directement l'objet de cette recherche. Le vécu communicationnel prénatal ne peut être réduit à une succession d'actes techniques ni être explicité uniquement à partir des modèles théoriques existants. Il se construit au fil des interactions communicationnelles entre la sage-femme et la mère, dans un contexte clinique, organisationnel, relationnel, culturel et numérique où les significations sont continuellement négociées. Comprendre ce phénomène supposait donc de partir des expériences des participantes plutôt que de chercher à vérifier une théorie préexistante.

Conformément à ces principes, la connaissance n'est jamais considérée comme définitivement acquise. Elle est continuellement construite, révisée et enrichie au contact du terrain. Blumer (1969) rappelle que toute recherche scientifique doit prendre appui sur l'expérience humaine, seule voie d'accès empirique possible au monde social. L'interprétation ne constitue donc pas un biais à éliminer, mais un processus essentiel de compréhension, à condition qu'elle demeure constamment confrontée aux données empiriques.

Strauss (1992, 1993) poursuit cette réflexion en soulignant que la réalité sociale ne peut être appréhendée dans sa pureté sans le prisme interprétatif du chercheur. Toutefois, ce prisme ne doit pas conduire à l'arbitraire. C'est pourquoi la MTE exige une validation constante de l'interprétation par un retour systématique aux données du terrain. Cette dialectique entre interprétation et validation empirique constitue l'un des piliers de la démarche.

La MTE s'inscrit ainsi dans une épistémologie empirique et constructiviste, où la théorisation repose sur une exploration ouverte, une analyse minutieuse, un va-et-vient

continu entre les données, les codes et les catégories et une sensibilité constante aux variations du phénomène étudié. L'objectif est double : ancrer la théorie dans l'observation systématique, et garantir une correspondance fidèle entre les analyses et le matériau empirique (Guillemette, 2006). Cette exigence se traduit par un travail itératif d'« inspection » qui, selon Blumer (1969), permet de vérifier que les conceptualisations émergentes demeurent cohérentes avec les faits observés.

Dans cette logique, Glaser et Strauss introduisent la notion d'emergent-fit, principe selon lequel les concepts théoriques doivent constamment être ajustés aux données afin de préserver leur pouvoir explicatif. Lorsque la correspondance n'est pas satisfaisante, le chercheur doit modifier ses catégories ou en créer de nouvelles (Glaser, 2001; Laperrière, 1997; Strauss, 1987). Ainsi construire, la théorie émergente reflète fidèlement les processus, les tensions, les significations et les dynamiques telles qu'elles sont réellement vécues.

Dans cette recherche, cette exigence méthodologique s'est traduite par une analyse progressive des entretiens réalisés auprès des SF gabonaises, les catégories n'ont pas été définies avant la collecte des données, elles ont émergé progressivement grâce à un va-et-vient constant entre les verbatims, le codage, les mémos analytiques et les comparaisons successives entre les situations étudiées. Cette démarche a permis de faire émerger une compréhension théorique fidèle à la manière dont les participantes vivent, interprètent et construisent leur communication avec les mères pendant le suivi prénatal.

Articulation avec l'objet de la recherche

Ces fondements épistémologiques rendent la MTE particulièrement pertinente pour étudier le vécu communicationnel prénatal des sages-femmes gabonaises. En effet, la communication prénatale constitue un phénomène complexe, dynamique et multidimensionnel, situé et encore peu documenté dans le contexte gabonais. La MTE permet d'entrer au cœur des significations que les sages-femmes construisent dans leur

pratique quotidienne, de comprendre leurs stratégies mobilisées, leurs contraintes, leurs arbitrages, leurs logiques d'action et les processus interactionnels qui structurent leurs dialogues avec les mères. Elle offre une voie rigoureuse pour générer une compréhension théorique enracinée dans les réalités locales plutôt que dans des modèles communicationnels exogènes, souvent produits dans d'autres contextes.

Ainsi, les bases épistémologiques de la MTE rejoignent directement la nécessité centrale de cette recherche : accéder aux expériences vécues, situées et signifiantes du terrain gabonais, afin de construire une théorie qui reflète fidèlement les pratiques communicationnelles prénatales telles qu'elles prennent forme dans les interactions quotidiennes entre la sage-femme et la mère. C'est dans cette perspective que s'inscrit la section suivante, consacrée à la justification des choix méthodologiques, où seront exposées les raisons pour lesquelles la MTE a été retenue comme cadre privilégié pour guider l'ensemble de l'étude.

3.2 Justification du choix méthodologique

Le choix de la méthodologique de la théorisation enracinée (MTE) s'inscrit naturellement dans la logique épistémologique et ontologique de cette recherche, laquelle vise à comprendre en profondeur le vécu communicationnel prénatal tel qu'il est construit et expérimenté par les sages-femmes dans leurs interactions avec les mères. Ce vécu se déploie dans un champ encore peu exploré, alors même que les enjeux qui le sous-tendent sont majeurs. En effet, dans un contexte où les complications liées à la grossesse demeurent fréquentes et où le taux de mortalité maternelle et néonatale reste préoccupant, comprendre les dynamiques interactionnelles et communicationnelles au cœur du suivi prénatal apparaît comme une nécessité scientifique et sociale. Il existe en effet, un manque de connaissances sur la manière dont se vivent, se structurent et se négocient les pratiques communicationnelles en consultation prénatale,

particulièrement dans les contextes africains francophones, et encore davantage au Gabon.

Selon Bouchard (2000), certains objets de recherche constituent de véritables « territoires de questionnement », c'est-à-dire un domaine où persistent des « manques, carences ou vides » (p. 83 - 93). Dans la même perspective, Villani (1996), s'inspirant de Deleuze, évoque un « oubli » de la science pour décrire ces zones encore marginalisées dans la recherche. Notre objet se situe précisément dans cette zone : un phénomène réel, central pour la qualité des soins, mais insuffisamment documenté. Il nécessite donc une exploration ouverte, sans cadres prédéterminés ni hypothèses préalables à vérifier.

Cette situation conduit naturellement à adopter une démarche qualitative inductive, conformément à la logique de la méthodologie de la théorisation enracinée (Anadon et Guillemette, 2007). Comme l'indiquent Luckerhoff et Guillemette (2012), la MTE s'avère pertinente sur des terrains peu explorés, ce qui est largement confirmé par les travaux classiques de Chenitz et Swanson (1986), Hutchinson et Wilson (2001), Laperrière (1997) ou encore Schreiber (2001). L'induction, au sens méthodologique, consiste à laisser les données orienter l'émergence des conceptualisations plutôt qu'à vérifier une théorie préexistante.

Ainsi, l'approche inductive donne priorité aux données, à l'expérience vécue, au terrain pour ensuite avoir recours aux savoirs constitués dans un processus de construction des connaissances (Luckerhoff et Guillemette, 2017).

L'approche qualitative interprétative complète cette logique en permettant d'accéder aux dimensions subjectives, relationnelles et situées de la communication prénatale. Elle offre la possibilité de comprendre les perceptions, les émotions, les arbitrages, les ajustements et les stratégies développées quotidiennement par les sages-femmes dans leurs interactions avec les mères (Paillé et Mucchielli, 2016; Denzin et Lincoln, 2018). Dans le contexte gabonais, où s'entrecroisent normes biomédicales, pratiques culturelles, contraintes organisationnelles et usages du numérique, cette posture permet de rendre compte de la complexité des expériences vécues.

Le choix de l'induction se révèle d'autant plus pertinent que le vécu communicationnel prénatal demeure un champ peu documenté, tant dans la recherche en communication que dans les sciences de la santé en Afrique centrale. Comme le rappellent Charmaz (2014) et Corbin & Strauss (2015), l'induction permet d'appréhender les processus sociaux « dans leur déploiement réel », en évitant l'imposition de catégories conceptuelles prématurées. Elle offre un espace où les savoirs situés produits par les participantes sont considérés comme des matériaux empiriques légitimes et heuristiques (Anadon, 2006). Pour ces raisons, nous adoptons l'appellation de « méthodologie de la théorie enracinée » telle que proposée – et justifiée – par Luckerhoff et Guillemette (2012). Cette approche inductive, dont la finalité est de générer des théories enracinées dans les données, propose des procédures rigoureuses permettant de rester au plus près du terrain. L'objectif est de saisir les processus, les significations et les logiques d'action à travers une fréquentation assidue du terrain et une analyse itérative des données.

Deux arguments majeurs fondent donc le choix de la MTE dans cette recherche :

1. Sa pertinence pour les domaines peu étudiés, tels que la communication prénatale en contexte gabonais, où la littérature reste limitée (Chenitz & Swanson, 1986).
2. Sa capacité à accorder une place centrale à la voix des actrices, en partant de leur propre expérience pour comprendre le phénomène étudié (Glaser, 1998).

La perspective épistémologique de la MTE repose sur une ouverture à l'inédit, une attention au vécu et une rigueur analytique orientée vers la construction de théories enracinées dans les données (Luckerhoff et Guillemette, 2012, p. 4).

En définitive, la MTE constitue le cadre méthodologique le plus cohérent avec les objectifs poursuivis dans cette recherche. Par son caractère inductif, interprétatif et profondément ancré dans le terrain, elle permet de comprendre la communication prénatale comme un processus dynamique de coconstruction du sens entre la sage-femme et la mère.

3.3 Posture de la chercheuse

Dans les recherches qualitatives inductives inspirées de la méthodologie de la théorisation enracinée constructiviste, la posture de chercheuse repose sur l'idée que les réalités sociales — et en particulier les expériences communicationnelles prénatales — ne sont pas de simples objets fixes à découvrir, mais des phénomènes vécus, interprétés et continuellement coconstruits par les acteurs qui y participent (Charmaz, 2014; Denzin & Lincoln, 2018). Les expériences en communication prénatales ne préexistent donc pas comme des faits bruts, elles émergent des interactions situées entre les sages-femmes, les mères et leur environnement socioculturel.

Dans cette optique, la production de connaissances n'est jamais neutre. Elle s'inscrit dans un processus relationnel où les participantes livrent leurs expériences, leurs interprétations et leurs émotions, et où la chercheuse mobilise sa sensibilité théorique, son histoire professionnelle et ses cadres conceptuels pour interpréter ces données (Corbin & Strauss, 2015; Finlay, 2002). La posture de la chercheuse devient dès lors un élément constitutif de la validité du processus de recherche, puisqu'elle informe la manière dont les données sont recueillies, analysées et théorisées.

Dans cette étude portant sur le vécu communicationnel prénatal entre la sage-femme et la mère au Gabon, la posture adoptée s'articule autour de quatre dimensions complémentaires: épistémologique, relationnelle, réflexive et éthique.

3.3.1 Posture épistémologique interprétative et constructiviste

Sur le plan épistémologique, cette recherche s'inscrit dans une conception interprétative des phénomènes sociaux. Le sens n'est pas considéré comme une réalité objective à révéler, mais comme le résultat d'interprétations situées et contingentes (Charmaz, 2014; Schütz, 1967). Dans cette logique, les significations produites par les sages-femmes et les mères sont reconnues comme des constructions sociales ancrées

dans un contexte culturel gabonais spécifique, la chercheuse participe elle aussi à la production de sens, en interprétant les expériences décrites, la théorie émergente est comprise comme une interprétation plausible, cohérente et enracinée dans les données, et non comme une loi universelle.

Dans cette recherche, l'ensemble des données provient des sages-femmes, qui rapportent elles-mêmes les expériences relationnelles avec les mères lors des consultations et des communications numériques. Ce vécu nous parvient donc médié et reformulé. Reconnaître cette médiation est conforme à la posture constructiviste qui affirme que les données sont partiellement co-produites par les participantes et la chercheuse (Charmaz, 2014, Clark, 2005).

Cette dimension épistémologique oriente toute la démarche méthodologique et justifie l'utilisation d'une méthodologie de la théorisation enracinée constructiviste.

3.3.2 Posture relationnelle

La posture de la chercheuse est également relationnelle, car elle reconnaît que les données émergent dans un cadre intersubjectif où les participantes se dévoilent en fonction du climat relationnel, de la confiance instaurée et du respect entre elles et la chercheuse (Van Manen, 2016). De plus, cette posture admet l'importance des interactions entre la chercheuse et les participantes, même dans un dispositif numérique comme WhatsApp. Les entretiens réalisés à distance demeurent des espaces d'interaction. Les relances, les ajustements d'écoute et les demandes de clarifications modifient la forme et la densité des récits produits. En retour, les sages-femmes mobilisent leurs propres filtres interprétatifs, émotionnels, professionnels et culturels. Cette co-influence est un principe fondamental des démarches constructivistes (Charmaz, 2006).

De plus, l'expérience passée de la chercheuse comme sage-femme constitue ici un double enjeu. Elle facilite l'accès au terrain et la compréhension des logiques

professionnelles, mais exige aussi une grande vigilance pour éviter toute influence indue sur les témoignages.

Dans cette recherche, la posture relationnelle se traduit par une écoute active et non directive, une reconnaissance que chaque récit est situé dans une histoire personnelle, professionnelle et culturelle ainsi que de l'importance de l'ouverture à la complexité, à la nuance et aux contradictions. Ainsi, cette posture encourage la mise en lumière de multiples niveaux de sens.

3.3.3 Posture réflexive continue de la chercheuse en MTE

La réflexivité désigne la capacité de la chercheuse à questionner continuellement son propre positionnement, ses présupposés, ses attentes analytiques et la manière dont sa présence participe à la construction des données (Corbin & Strauss, 2015; Finlay, 2002). Dans ses formulations successives, la MTE intègre la réflexivité de manière différente, mais toujours essentielle. Dans la version initiale de la MTE, en 1967, Glaser et Strauss ne théorisent pas explicitement la réflexivité, mais les principes de comparer constamment les données et de l'ouverture analytique exige déjà de la chercheuse qu'elle surveille son propre raisonnement pour éviter de « *forcer* » les données dans des cadres préétablis. Avec Strauss et Corbin (1990, 1998), Corbin et Strauss (2015), la réflexivité devient une exigence méthodologique explicite. Ainsi, la chercheuse est reconnue comme un « instrument d'analyse » doté d'une sensibilité théorique nécessaire pour percevoir les phénomènes émergents, mais devant constamment contrôler l'influence de ses expériences antérieures. Cette perspective met en évidence la nécessité d'une vigilance constante envers les préconceptions, les interprétations spontanées et les certitudes apparentes.

Dans cette étude, la réflexivité continue constitue une exigence méthodologique et éthique incontournable. L'expérience professionnelle antérieure de la chercheuse comme sage-femme, sa proximité culturelle avec les participantes et sa compréhension des contextes institutionnels représentent à la fois des ressources et des zones de

vigilance. Cette réflexivité s'est traduite concrètement par la tenue d'un journal de bord, la rédaction des mémos analytiques, le retour fréquent aux données, la comparaison constante des interprétations avec des pairs, ainsi que l'attention portée aux écarts, dissonances ou contradictions dans les discours.

Ainsi, la réflexivité continue permet de maintenir un équilibre entre immersion et distanciation, ouverture aux données et sensibilité théorique, engagement personnel et rigueur scientifique. En ce sens, la posture réflexive constitue un fondement indispensable pour assurer la crédibilité, la transparence et la cohérence théorique de cette recherche.

3.3.4 Posture éthique fondée sur le respect, la confidentialité et la justice

La posture de la chercheuse comporte un engagement éthique essentiel. Dans cette recherche, la posture éthique s'incarne dans une vigilance continue, sensible aux dynamiques relationnelles, aux vulnérabilités des participantes et au contexte socioculturel du terrain (Charmaz, 2014; Corbin & Strauss, 2015). Cette posture s'est accomplie par la confidentialité complète des échanges WhatsApp, le respect de la dignité, des valeurs et des expériences des participantes, la prudence dans l'analyse des récits indirects des femmes enceintes, l'absence de jugement envers les pratiques professionnelles rapportées et la reconnaissance de la valeur des savoirs locaux et professionnels. Le contexte gabonais, marqué par des normes sociales autour de la maternité, par un rapport hiérarchisé au personnel soignant et par des conditions matérielles parfois difficiles, renforce l'importance d'une posture éthique attentive. Ainsi la chercheuse s'est adaptée au rythme des conversations des sages-femmes, à leur disponibilité limitée et aux éventuelles appréhensions associées aux soins prénatals.

Enfin, la posture éthique adoptée est cohérente avec la perspective constructiviste de la MTE, qui reconnaît que la chercheuse est partie prenante de la situation et que la qualité scientifique dépend autant de la rigueur méthodologique que de l'intégrité relationnelle

(Charmaz, 2014). L'éthique devient alors une pratique située, une manière d'être avec l'autre et une composante de la coconstruction des données.
Cette posture ouvre naturellement vers la présentation des principes de recherche et leurs applications dans cette étude.

3.4 Principes d'action

La méthodologie de la théorisation enracinée repose sur un ensemble de principes d'action qui orientent l'ensemble du processus de recherche. Contrairement à une démarche linéaire et séquentielle, elle privilégie un processus itératif dans lequel la collecte des données, leur analyse, la conception et la construction théorique évoluent de manière simultanée et interactive (Guillemette, 2006). Cette dynamique permet au chercheur d'ajuster continuellement son regard sur le phénomène étudié à mesure que de nouvelles données émergent.

Les écrits portant sur la MTE mettent en évidence plusieurs principes fondamentaux qui soutiennent cette démarche inductive, notamment la sensibilité théorique, la suspension temporaire du recours aux cadres théoriques existants, la réintégration progressive des connaissances scientifiques au cours de l'analyse, la définition évolutive de l'objet de recherche, l'interaction constante entre la collecte et l'analyse des données, ainsi que le recours à la comparaison constante (Guillemette, 2006, p. 34). Ces principes constituent le socle méthodologique de la recherche et garantissent une théorisation étroitement enracinée dans les données empiriques.

Dans cette section, chacun de ces principes est présenté à la lumière des fondements de la MTE, puis mis en relation avec les choix méthodologiques effectués dans le cadre de cette recherche. Cette démarche permet d'expliciter non seulement les fondements théoriques qui ont guidé le processus de recherche, mais également leur mise en œuvre concrète dans l'étude du vécu communicationnel des sages-femmes lors des consultations prénatales au Gabon.

3.4.1 Sensibilité théorique

3.4.1.1 En théorie

L'examen des fondements épistémologiques de la MTE a montré que cette approche repose sur une double exigence : un enracinement profond dans les données empiriques et, simultanément, une capacité de distanciation théorisante permettant de conceptualiser les phénomènes observés. Pour expliquer cette tension féconde entre immersion et mise à distance, Glaser et Strauss (1967) ont recouru au terme de « sensibilité théorique », une expression qui réunit deux dimensions complémentaires. La première renvoie à une ouverture « attentive » aux données telles qu'elles se présentent, tandis que la seconde désigne la perspective conceptuelle avec laquelle la chercheuse interprète ce qu'elle observe.

La notion de sensibilité théorique fait référence à l'ouverture à ce que les données « expriment » dans le contexte de la MTE. C'est pour cette raison que Strauss et Corbin (1998) évoquent le concept d'« écoute des données ». Cette ouverture entraîne ce que Descartes nomme le doute méthodique, soit une réévaluation des connaissances et des théories en place ou un certain scepticisme stratégique concernant ce qui est connu (Strauss & Corbin, 1998). Cette posture d'ouverture se manifeste également par la suspension de la référence à des théories préexistantes, du moins durant les phases initiales de la démarche de recherche.

La deuxième interprétation de l'expression « sensibilité théorique » en MTE, renvoie à la notion d'outil d'analyse permettant au chercheur de plonger dans les données empiriques. Pour Strauss et Corbin (1998), posséder une sensibilité théorique implique la capacité d'interpréter les données empiriques et de transcender l'évidence superficielle pour révéler ce qui pourrait être dissimulé au sens courant. Pour y parvenir, il est nécessaire de disposer (ou d'obtenir) un ensemble d'outils riches et variés en concepts que l'on désigne en anglais par le terme *sensitizing concepts* (Blumer, 1969; Glaser & Strauss, 1967; Glaser, 1978; 2000, Strauss, 1987; Van den Hoonaard, 1997).

Selon Charmaz (2004), ces concepts sensibilisateurs doivent contribuer à une plus grande précision afin que le chercheur puisse identifier ce qui découle des données. Par conséquent, au fur et à mesure que le chercheur examine les données empiriques, c'est sa connaissance pratique, théorique et culturelle qui lui permet d'identifier les ressemblances et les divergences entre les événements qu'il note à partir des données.

Glaser et Strauss (1967) préfèrent le terme « perspective » à celui de théorie pour marquer la distinction entre leur démarche et l'approche hypothético-déductive, qui vise à illustrer des théories (préexistantes) par des données empiriques. Selon Strauss (1993), la sensibilité théorique du chercheur représente le prisme à travers lequel il interprète les données empiriques. Pour l'examen et l'analyse des phénomènes, Strauss suggère diverses approches théoriques; il exprime même ses inclinaisons avec clarté. Toutefois, il insiste sur le fait que ses suggestions doivent être appliquées avec une grande souplesse et qu'elles ne doivent en aucun cas freiner l'apparition des nouveaux points de vue. En outre, il souligne que l'analyse elle-même, en stimulant l'émergence, fait apparaître de nouvelles idées et concepts qui deviennent à leur tour des idées sensibilisantes. Au fur et à mesure que l'analyse progresse, le chercheur approfondit sa sensibilité théorique en y incorporant de nouveaux instruments et en modifiant ceux qu'il emploie déjà.

Comme nous le découvrirons dans le chapitre suivant, la sensibilité théorique qui a constitué un « prisme » particulier pour cette étude découle de deux origines. D'une part, elle découle du cadre conceptuel d'où la définition du concept de communication, de communication en santé, de vécu et de la communication prénatale a été extraite. Il est important d'utiliser cette définition tirée des écrits scientifiques sur le vécu communicationnel, faute de quoi on risquerait de l'appliquer dans un sens familier et l'on ne saurait plus quel est l'objet de la recherche. D'autre part, elle émane des approches théoriques en communication en santé (asymétrie relationnelle, écoute, réciprocité, verbal, non-verbal, émotions, etc.), des approches phénoménologiques (présence, sens du vécu, perception, etc.), du contexte gabonais (le rapport au corps, le

respect de l'autorité, la pudeur, les tabous autour de la maternité, etc.) du vécu où une gamme de concepts a été puisée. Cela dit, les concepts sensibilisateurs ont sans cesse été confrontés et adaptés aux données empiriques, c'est-à-dire à la compréhension qui découlait de ces données, conformément au principe d'ajustement de *l'emergent-fit* (Glaser & Strauss, 1967; Glaser, 1992). Ce retour critique au savoir établi permet d'évaluer la solidité de la théorie émergente dans le paysage des connaissances existantes et de démontrer sa contribution originale à la compréhension du phénomène étudié.

Ainsi la sensibilité théorique apparaît comme le noyau central du processus de théorisation enracinée. Elle oriente la construction progressive des catégories, soutient le questionnement constant des émergences, et permet à la chercheuse de percevoir des liens significatifs entre les phénomènes. Elle assure l'équilibre entre fidélité aux données et exigence d'abstraction pour produire une théorie enracinée, robuste et pertinente.

3.4.1.2 Application dans cette recherche

Dans cette recherche, la sensibilité théorique s'est concrétisée à travers quatre dimensions complémentaires : l'ouverture au vécu communicationnel prénatal, la reconnaissance des phénomènes émergents, l'interprétation des données par les comparaisons constantes et la réintégration progressive des savoirs théoriques au moment de la discussion.

Ouverture approfondie au vécu prénatal gabonais

La première manifestation de la sensibilité théorique a consisté à adopter une disponibilité constante envers les expériences rapportées par les sages-femmes. Plutôt que d'interpréter leurs discours à partir des catégories préétablies, chaque entretien a été abordé comme une source potentielle de connaissances nouvelles. Cette posture

m'a conduite à porter une attention particulière non seulement aux propos exprimés, mais également aux silences, aux hésitations, aux émotions, aux tensions relationnelles et aux références culturelles qui traversaient les récits.

Conformément au principe d'*épochè*, les connaissances professionnelles et théoriques ont été momentanément suspendues afin de laisser émerger les significations propres au terrain. Cette attitude a notamment permis de reconnaître que certaines pratiques, telles que le silence d'une mère, la réserve lors des consultations ou le recours privilégié au téléphone et WhatsApp, relevaient parfois de logiques culturelles ou relationnelles plutôt que d'un manque d'implication dans le suivi prénatal.

Reconnaissance des phénomènes émergents du terrain

La sensibilité théorique s'est également traduite par une vigilance constante à l'égard des phénomènes émergents issus des données. Les concepts sensibilisateurs empruntés à la phénoménologie (présence, corporéité, perception, etc.), à la communication en santé (écoute, participation, asymétrie, verbale, non verbale, numérique) et aux réalités socioculturelles gabonaises (valorisation de la maternité, respect de l'autorité, pudeur, tabous, etc.) ont servi d'appuis interprétatifs sans jamais imposer une lecture prédéterminée. Cette posture a favorisé l'identification progressive de dimensions qui n'avaient pas été anticipées au début de la recherche, notamment la complémentarité entre les échanges en présentiel et les communications numériques, l'importance des dimensions corporelles dans la relation de soins, les stratégies d'ajustement développées par les sages-femmes ainsi que le rôle du contexte organisationnel dans la qualité de la communication prénatale. Ces éléments ont émergé à la suite du dialogue constant entre les données empiriques et l'analyse.

Interprétation du vécu par des comparaisons constantes

Tout au long de l'analyse, la sensibilité théorique s'est exprimée à travers le recours systématique aux comparaisons constantes entre les verbatims, les situations cliniques,

les participantes et les catégories en construction. Cette démarche a permis d'identifier simultanément les régularités, les variations et les cas particuliers. Les différences observées entre sage-femme, entre les consultations en présence et à distance, ainsi qu'entre les contextes organisationnels rencontrés, n'ont pas été considérées comme des contradictions, mais comme des occasions d'affiner les catégories émergentes. Cette vigilance analytique a contribué à produire une théorisation étroitement enracinée dans la diversité des expériences vécues.

Réintégration progressive des savoirs théoriques en fin d'analyse

Une fois les principales catégories stabilisées, c'est-à-dire lorsque les dimensions clés du vécu communicationnel prénatal gabonais ont été comparées, consolidées et reliées entre elles, les cadres théoriques ont été réintroduits afin d'établir un dialogue entre les connaissances issues du terrain et les travaux scientifiques existants. Cette réintégration tardive des théories a pour objectif d'éclairer les résultats obtenus, d'en préciser la portée et de situer la théorie émergente dans le champ de la communication sociale et de la santé maternelle. Cette démarche a permis de mettre en évidence les convergences et les spécificités du modèle proposé, l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP), par rapport aux travaux antérieurs.

3.4.2 Suspension temporaire du recours à des cadres théoriques existants

3.4.2.1 En théorie

Pour les spécialistes de la MTE, le chercheur met momentanément de côté l'utilisation de cadres théoriques existants pour se concentrer sur ce qui découle des données de terrain. Cela implique un rejet systématique d'imposer dès le départ un cadre explicatif aux données. C'est un travail intellectuel qui vise à mettre de côté – autant que possible – les précompréhensions et les interprétations issues des théories existantes. Cet effort intellectuel ressemble à celui qu'on attend des membres d'un jury dans un procès lorsqu'un juge leur demande de ne pas considérer certaines informations

(témoignage ou événement) lors de la formulation de leur verdict (Glaser, 1998, p. 120). L'essence de la suspension réside dans une posture d'ouverture qui est étroitement liée à l'orientation globale de la MTE, soit sa mission de produire des théories basées sur des données empiriques. Ainsi, Glaser et Strauss (1967) conseillent de ne pas tenir compte des résultats de recherches déjà réalisées sur l'objet afin de produire des concepts qui ne soient pas « contaminés » par des concepts existants (p. 37). Cette pause est provisoire, le temps qu'une théorie solide soit formulée, et elle a pour but de soutenir le processus d'induction, crucial en MTE. Ce n'est que par la suite que le chercheur pourra établir les similarités et les divergences entre, d'une part, les résultats de l'analyse théorique menée pendant l'étude et, d'autre part, les résultats trouvés dans les écrits scientifiques (Glaser, 1978, p. 31).

Outre l'évitement de la « contamination », tel que souligné par Glaser (1998, p. 68), la suspension mentionnée ici a pour objectif d'empêcher les blocages ou les entraves à la créativité du chercheur et aux découvertes possibles lorsqu'il ne se limite pas aux résultats trouvés par ses prédécesseurs, cherchant plutôt à explorer des concepts et des énoncés qui sont pertinents, appropriés, éclairants et adaptés aux données empiriques. De plus, pour Glaser et Strauss, l'abandon de l'utilisation de cadres théoriques pour l'analyse des données ne signifie pas une négligence des théories existantes. Il est donc essentiel d'envisager la recherche sous l'angle de l'innovation, en adoptant une démarche qui focalise essentiellement sur l'élaboration de théories basées sur la recherche de terrain, tout en se permettant la plus grande latitude possible pour découvrir de nouvelles dimensions des phénomènes (Glaser, 1998, p. 68).

En conclusion sur ce point précis, pour les auteurs de l'approche de la MTE, le fait de suspendre ses préjugés ne veut pas dire que le chercheur doit ignorer tout ce qu'il sait au sujet de son objet de recherche ou qu'il peut fonctionner dans une perspective « athéorique » (Glaser, 1995, p. 9). En effet, le chercheur perçoit les phénomènes à travers sa sensibilité théorique, laquelle est nourrie par ses connaissances préexistantes.

Selon Giorgi (1997), Levasseur (2003), Moustakas (1994) et Ray (1994), qui sont des phénoménologues, cette suspension se rapproche de ce qu'ils désignent l'*épochè.* Le chercheur s'efforce donc de mettre entre parenthèses ses connaissances sur l'objet de son étude afin d'ouvrir la voie à ce qui peut émerger des données (Glaser, 1995; Strauss & Corbin, 1998). C'est ainsi que, dans le contexte d'une MTE, le chercheur tente d'écarter les biais ou d'éviter, dans la mesure du possible, que les données empiriques soient filtrées par les idées préconçues (Glaser, 1978; Starrin et al., 1997). Bien entendu, cette proposition n'est pas naïve au point de supposer une suspension absolue et totale. Il s'agit plutôt d'un effort intellectuel pour faire preuve de réserve face à ce qui existe déjà dans les recherches, tout en demeurant ouvert à l'inédit.

Dans ce contexte, les experts de la MTE recommandent d'effectuer cette suspension par un exercice de révision des idées préconçues du chercheur concernant le sujet de son étude (Glaser, 1992; Hutchinson, 1988; Schreiber, 2001; Strauss & Corbin, 1998). Cela inclut la rédaction de ses pensées spontanées sur ce sujet, sa connaissance du sujet et sa compréhension des théories associées à ce sujet.

3.4.2.2 Application dans notre recherche

Dès la conception de cette recherche portant sur le vécu communicationnel entre les sages-femmes et les mères en contexte prénatal au Gabon, nous avions déjà pris connaissance d'un vaste corpus d'écrits scientifiques relatifs à la communication en santé, à la périnatalité ainsi qu'aux référentiels de compétences professionnelles de la profession de sage-femme. Ces connaissances préalables constituaient une ressource importante pour situer l'objet d'étude, sans toutefois servir de cadre explicatif à l'analyse des données.

Conformément aux principes de la MTE, nous avons volontairement suspendu, au début de la collecte et de l'analyse, le recours à ces cadres théoriques afin de permettre aux catégories conceptuelles d'émerger directement des expériences rapportées par les

participantes. Cette suspension ne signifiait pas l'abandon des connaissances existantes, mais leur mise entre parenthèses temporaire afin d'éviter qu'elles n'orientent prématurément l'interprétation des données.

Cette posture s'est concrétisée dès les premiers échanges avec les sages-femmes gabonaises recrutées à distance après l'obtention du certificat éthique délivré par le comité d'éthique de la recherche avec des humains (CERH) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) en septembre 2023. Les données ont été recueillies progressivement au moyen d'entretiens réalisés principalement par WhatsApp, selon les modalités choisies par les participantes, favorisant ainsi une collecte respectueuse de leur disponibilité et de leur contexte professionnel.

L'analyse a débuté dès la réception des premières données empiriques. Les verbatims issus des échanges écrits et des messages vocaux ont été retranscrits puis analysés dans NVivo selon une démarche inductive. Les premières opérations de codage, la rédaction de mémos analytiques et les comparaisons constantes ont été réalisées sans confrontation immédiate avec les théories existantes. Cette démarche a permis de laisser émerger progressivement les catégories conceptuelles directement à partir du matériau empirique.

Ce n'est qu'après la stabilisation des principales catégories et de la théorie émergente que nous avons réintroduit progressivement les écrits scientifiques afin de confronter les résultats obtenus aux connaissances disponibles, d'en dégager les convergences, les divergences ainsi que les contributions originales. Cette réintégration tardive de la littérature a permis de préserver le caractère inductif de la recherche tout en renforçant la portée théorique de l'interprétation.

Ainsi, la suspension temporaire du recours aux cadres théoriques existants n'a pas constitué une simple prescription méthodologique, mais un principe directeur ayant accompagné l'ensemble du processus analytique, depuis la collecte des données jusqu'à la construction de la théorie émergente.

3.4.3 Préciser l'objet de recherche

3.4.3.1 En théorie

Dans ce principe, l'absence de référence à un cadre théorique dès le commencement de l'étude conduit à une définition de l'objet de recherche qui ne coïncide pas avec la méthode conventionnelle de réalisation de cette tâche. En accord avec les principes de la MTE, l'objet d'étude peut être déterminé de trois façons distinctes. Initialement, nous ne définissons pas réellement un problème ni n'articulons précisément une question de recherche, mais nous identifions plutôt les dimensions du phénomène ou des contextes sociaux que nous désirons étudier (Strauss & Corbin, 1998). Deuxièmement, Glaser (2001) soutient que la définition de l'objet de recherche reste provisoire et peut être ajustée jusqu'à l'achèvement de la recherche. En effet, l'accent mis sur l'émergence signifie que les paramètres de l'objet de recherche peuvent évoluer au fur et à mesure des découvertes. Cela renvoie toujours à l'idée d'ouverture qui peut mener à l'innovation dans la mesure où le chercheur « découvre » progressivement, lors de son immersion sur le terrain, des aspects du phénomène encore inexplorés par d'autres. Par conséquent, même si une certaine problématique peut avoir été définie initialement, elle évolue au fur et à mesure que les données sont obtenues des acteurs impliqués dans le phénomène étudié, modifiant ainsi les « problèmes » associés (Willig, 2001).

Un troisième point soutenu par d'autres chercheurs comme Guillemette (2006) mentionne que le cadrage de l'objet de recherche est plus en lien avec la pertinence sociale et scientifique qu'avec la cohérence théorique du problème initial, à tel point que cette pertinence peut se révéler au fil du temps, alors que le processus de recherche s'étend vers de nouveaux domaines d'investigation.

Dans cette optique, l'objet de recherche est davantage perçu comme un « territoire à explorer » (Bouchard, 2000) ou un phénomène à déchiffrer progressivement plutôt qu'une question de recherche précise. Par ailleurs, dans une approche inductive de la

MTE, le chercheur reste ouvert aux précisions et aux modulations pouvant découler des données empiriques (Beck, 1999; Dey, 1999; May, 1986; Willig, 2001).

3.4.3.2 Application dans notre recherche

Dans cette recherche, le principe de la définition évolutive de l'objet de recherche s'est traduit par une construction progressive de celui-ci au contact des données empiriques. Bien que l'intérêt initial portât sur la communication entre la sage-femme et à la mère tout au long de la périnatalité, nous avons volontairement évité d'en fixer d'emblée les contours définitifs. Ainsi, nous avons privilégié une démarche ouverte permettant aux participantes de définir elles-mêmes, à travers leurs récits, les dimensions les plus significatives de leur expérience.

Les premiers entretiens avec les sages-femmes gabonaises ont ainsi orienté notre attention vers différentes familles de situations communicationnelles vécues lors des CPN ou lors des contacts au quotidien. Ces différentes situations ont été explicitées lors de la formulation de nos questions permettant aux participantes de s'exprimer sur ce qu'elles vivent. Les questions posées visaient moins à vérifier des hypothèses qu'à favoriser l'émergence des expériences jugées importantes par les participantes. Par exemple, la première question posée a été formulée comme suit: avez-vous des communications numériques avec les mères, oui ou non? La réponse a été oui et non. Pour celles qui ont dit non, nous leur avons demandé de nous raconter comment elles font pour communiquer avec les mères. La stratégie adoptée pour nos conversations a été de poser une question à la fois.

À mesure que la collecte et l'analyse des données progressaient, certaines dimensions initialement envisagées perdaient de leur pertinence, tandis que d'autres prenaient une place centrale dans la compréhension du phénomène.

Cette évolution a conduit à un recentrage progressif de l'objet de recherche. Alors que notre projet portait initialement sur l'ensemble de la période périnatale, l'analyse des données a révélé que les enjeux communicationnels les plus riches concernaient

principalement les consultations prénatales. Notre objet de notre recherche s'est ainsi précisé autour du vécu communicationnel prénatal entre la sage-femme et la mère, tel qu'il se construit lors des contacts.

L'évolution définitive de l'objet de recherche a également favorisé l'émergence de dimensions peu documentées dans les écrits consultés. Cette façon de procéder a conduit à une ouverture innovante du vécu des communications entre la sage-femme et la mère. Selon Willig (2001), dans la mesure où nous avons découvert, au fur et à mesure de notre immersion sur le terrain, des aspects du phénomène qui n'ont pas encore été explorés par d'autres, ces découvertes nous ont amenées à ajuster notre objet de recherche. Selon le discours des participantes il ressort, l'absence de formation spécifique en communication tant initiale que continue durant leurs parcours académiques et cliniques, la méconnaissance des typologies de communication selon le modèle décrit par Reny (2018), les limites des infrastructures numériques dans certaines formations sanitaires (FOSA) au service de la relation de soins sage-femme/mère, l'absence d'une plateforme interactive et d'échange entre sage-femme et mère, de même que le manque d'espaces de partage d'expertise entre professionnelles de la santé reproductive ainsi que les défis liés à l'intégration des outils numériques dans la relation de soins. Ces éléments n'avaient pas été identifiés comme des dimensions centrales au début du projet, mais ils se sont imposés à partir des données du terrain.

Ainsi, l'objet de cette recherche ne résulte pas d'une définition figée élaborée avant la collecte, mais d'un processus continu de clarification et de délimitation nourri par les analyses successives. Ce procédé illustre pleinement le principe de la définition évolutive de l'objet de recherche en MTE, selon lequel, le chercheur affine progressivement sa compréhension du phénomène au rythme des découvertes issues du terrain.

3.4.4 Interaction circulaire entre la collecte et l'analyse des données

3.4.4.1 En théorie

La méthodologie de la théorisation enracinée suggère d'effectuer les opérations de collecte et d'analyse des données en alternance et en interaction pour favoriser l'ouverture à l'émergence et à l'innovation. Glaser et Strauss précisent que ces opérations doivent être faites « conjointement », qu'il est nécessaire de brouiller les limites habituelles entre la collecte et l'analyse des données en « unifiant » ces processus de la conception à la conclusion de l'étude. D'autres chercheurs ont étudié cet aspect et proposent un développement en parallèle, tandis que d'autres évoquent la simultanéité et la concurrence (au sens anglais du terme), le processus cyclique et l'interaction constante entre la collecte et l'analyse qui se nourrissent et s'orientent mutuellement (Holloway et Wheeler, 2002; Hutchinson & Wilson, 2001; Norton, 1999; Morse et Richards, 2002). Ces auteurs s'accordent sur le caractère de circularité des processus de collecte et d'analyse des données.

Cette approche en spirale implique que le chercheur progresse dans son projet de recherche en revenant fréquemment sur les phases déjà entamées et surtout en reliant ces différentes étapes (Glaser, 1978). Ceci est particulièrement pertinent pour les deux aspects cruciaux que sont la collecte et l'analyse des données. Selon Plouffe et Guillemette (2012), la démarche s'apparente davantage à une trajectoire hélicoïdale, c'est-à-dire, une courbe qui s'avance autour d'un axe (p. 97). À noter que le mouvement de spirale est à deux dimensions, tandis que le mouvement hélicoïdal est à trois dimensions.

Cette approche offre au chercheur en MTE la possibilité de constamment réévaluer et enrichir l'ancrage de sa théorisation dans le monde empirique (Guillemette, 2006). L'intégration permet également de diversifier progressivement les références et, en fin de compte, l'échantillonnage dit théorique en fonction des nouvelles dimensions qui émergent. Cela est élaboré sur la base des aspects systématiquement ciblés qui

semblent les plus susceptibles de contribuer à la construction théorique et à une compréhension approfondie du phénomène, grâce à la diversification des perspectives. Tel que l'a également illustré Glaser (1978), cette notion de circularité dans le processus sera applicable à toutes les étapes de notre recherche, depuis la formulation du problème jusqu'à la rédaction finale.

3.4.4.2 Application dans notre recherche

Le principe de l'interaction circulaire entre la collecte et l'analyse des données a été appliqué, dans cette recherche, dès les premiers entretiens avec les sages-femmes gabonaises.

Dès réception du formulaire d'information et de consentement complété, nous avons recueilli des données par des conversations WhatsApp avec des sages-femmes gabonaises qui ont bien voulu participer à notre recherche. Ces données étaient analysées progressivement sans attendre la fin de la collecte, conformément à la logique inductive de la MTE et à l'aide du logiciel *NVivo.* Nous avons mené des conversations individuelles, ce qui a produit des données numériques audios et textuelles. Pour faciliter l'interopérabilité, les données que nous avons recueillies ont été anonymisées et ne comportent aucun identifiant direct. Les conversations audios ont été transcrites au fur et à mesure en faisant ressortir de ces données de terrain la théorie relative au phénomène de la communication de face-à-face et de la communication numérique tel que vécu lors des contacts. Il s'agissait de faire une transcription textuelle, sans suppression de renseignements contextuels. Toutefois, les participantes aux échanges ne pourront être identifiées. Nous parlons d'elles à l'aide de pseudonymes. Une fois la transcription textuelle initiale terminée, elle a été sauvegardée et transmise sous forme de transcription « complète » sans aucun identifiant indirect. Par la suite, l'ensemble de la nomenclature a respecté les instructions de *NVivo*, en réalisant des transcriptions de verbatim, des procédures de codage, ainsi que la rédaction des mémos et du journal de recherche permettant de

consigner les réflexions, les interrogations et les pistes conceptuelles émergentes.

Cette analyse continue orientait directement les étapes suivantes de la collecte. Les premières catégories issues du codage ouvert guidaient les questions posées aux participantes lors des conversations ultérieures, permettant d'approfondir certains thèmes, de préciser des dimensions encore peu développées et de comparer les expériences rapportées. La collecte et l'analyse évoluaient ainsi simultanément dans un mouvement itératif où chacune alimentait l'autre.

Cette interaction permanente a également facilité le raffinement progressif des catégories, leur mise en relation lors du codage axial, puis leur intégration au codage sélectif, jusqu'à l'élaboration de la théorie émergente. Les retours constants entre les données empiriques, les analyses successives et les mémos ont contribué à renforcer la cohérence interne entre de la théorisation tout en maintenant un ancrage fidèle dans le vécu des participantes.

Ainsi, l'action de la MTE a donc été marquée par un processus circulaire et évolutif entre la collecte, l'analyse et la conceptualisation des données, grâce à la simultanéité et d'une révision permanente des données précédemment collectées pour extraire les informations pertinentes. Cela enrichit notre compréhension de l'objet de recherche en cours, tout en ajustant progressivement la théorie émergente sur les données accumulées.

3.4.5 Flexibilité méthodologique

3.4.5.1 En théorie

Parmi les approches qualitatives, la méthodologie de la théorisation enracinée offre un panel de stratégies de recherche dont les procédures d'analyses sont minutieusement documentées (Morse, 2001). Cependant, les experts ne préconisent jamais une application rigide de ces procédures, car l'essentiel est d'adhérer aux principes

fondamentaux tels que la vigilance face à l'émergence, la sensibilité théorique, l'interaction entre l'analyse et la collecte des données, l'échantillonnage théorique, la théorisation basée sur des données empiriques, l'effort pour suspendre ou mettre entre parenthèses toute référence à des théories existantes, l'exécution simultanée de diverses tâches (rassemblement des données, codage, rédaction des mémos, etc.).

Dans cet effort de souplesse, toutes les sortes d'informations sont jugées susceptibles d'être pertinentes. Dans ses livres, Glaser martèle fréquemment: « *all is data* ». Cela pourrait comprendre des notes prises à la suite d'une discussion informelle, des informations d'archives, des éléments issus de différentes sortes d'entretiens individuels ou collectifs, des données dérivées de documents audiovisuels, des observations notées, des résultats d'autres études (y compris des données quantitatives), l'analyse d'artefacts, des informations provenant de journaux ou de correspondances épistolaires, etc. Toutefois, on tend généralement à privilégier ce qu'on appelle couramment les « données de terrain » (Laperrière, 1997, p. 314), en particulier les entretiens et les notes d'observation. En outre, l'objectif est de diversifier les types de données afin d'enrichir et de comparer, ce qui favorise une approche holistique et minutieuse de la collecte et de l'analyse des données. Cela contribue à une meilleure compréhension des phénomènes en étude (Starrin et al., 1997).

3.4.5.2 Application dans notre recherche

La flexibilité méthodologique a constitué un principe directeur tout au long de la réalisation de notre recherche permettant une exploration approfondie et rigoureuse du phénomène étudié, toute en demeurant ouverte et flexible aux découvertes et aux ajustements nécessaires. Précisément, nous avons continuellement adapté notre démarche aux réalités du contexte gabonais qui était en pleine transition politique, sociale, économique, culturelle et spirituelle afin de préserver la qualité des données recueillies et la progression de l'analyse. Cette transition a eu des impacts sur la disponibilité des participantes, la connexion internet, la conciliation entre le vécu

quotidien des participantes et nos échanges pour la recherche. Mais nous avons été patientes et persévérantes en ajustant notre canevas de conversations par WhatsApp, devenu le médium le plus accessible et le plus acceptable pour l'ensemble des participantes. En effet, les deux participantes qui avaient des adresses électroniques fonctionnelles ont préféré utiliser WhatsApp.

Cette souplesse s'est aussi traduite par des ajustements successifs du canevas d'entretien. À mesure que de nouvelles dimensions émergeaient des analyses, certaines questions ont été reformulées, approfondies ou réorganisées afin d'explorer plus finement le vécu communicationnel prénatal des sages-femmes. Les données déjà recueillies ont été régulièrement revisitées afin de vérifier, préciser ou enrichir les catégories en construction.

Ainsi, la flexibilité méthodologique n'a jamais signifié un manque de rigueur. Au contraire, elle a permis de maintenir une démarche fidèle aux principes de la MTE en adaptant continuellement les procédures aux réalités du terrain, tout en conservant une cohérence entre les objectifs de la recherche, les données recueillies et la théorie émergente.

3.4.6 Échantillonnage théorique

3.4.6.1 En théorie

L'échantillonnage théorique consiste à sélectionner les contextes et les participantes en fonction de leur aptitude à enrichir la théorisation émergente plutôt qu'à assurer une représentativité statistique (Glaser et Strauss, 1967; Glaser, 1978; Charmaz, 1983).
On différencie l'échantillonnage théorique de l'échantillonnage statistique. Dans le contexte de l'échantillonnage statistique, les sujets sont sélectionnés en fonction de leur représentativité et de la saturation statistique, cette dernière faisant référence à une saturation de la variation statistique. Pour ce qui est de l'échantillonnage théorique, les échantillons ne sont pas initialement composés de sujets ou de populations, mais plutôt

de contextes dans lesquels le chercheur peut rassembler des données « théorisables », c'est-à-dire des informations qui favorisent une compréhension approfondie du phénomène au-delà de sa simple documentation.

Ainsi, le chercheur construit progressivement son échantillon en privilégiant les contextes les plus pertinents au regard des catégories émergentes. Les mêmes participantes ou contextes peuvent être revisités à différentes étapes de la recherche afin d'approfondir certains aspects du phénomène et d'orienter l'évolution de la conceptualisation et de la théorisation (Charmaz, 2002; Bowers, 1988).

Avec l'évolution et le perfectionnement de l'analyse, le choix de nouveaux contextes devient plus ciblé et diversifié. Les résultats provisoires orientent alors les collectes subséquentes, permettant d'affiner progressivement la théorie émergente (Glaser, 1978; Strauss, 1987; Charmaz, 1995, 2004 ; Holloway et Wheeler, 2002).

3.4.6.2 Application dans notre recherche

Initialement, cette recherche devait être réalisée sur le terrain au Gabon. Les contraintes contextuelles et familiales rencontrées nous ont toutefois amenées à privilégier des entretiens individuels à distance animés par WhatsApp auprès des sages-femmes exerçant en CPN. Comme décrit plus haut, ceux-ci n'ont eu lieu qu'à partir de la réception du formulaire d'information et de consentement complété par des sages-femmes. Le recrutement des participantes s'est fait de manière individuelle, échanges d'adresses et présentation du projet. Ce recrutement reposait avant tout sur leur capacité à documenter le phénomène étudié plutôt que sur leur représentativité statistique.

Afin de rendre explicite cette démarche, nous présentons les principales « étapes » qui ont guidé la constitution progressive de notre échantillon. Mais nous tenons à signaler que ces étapes ne sont pas chronologiques, en ce sens qu'elles ne sont pas apparues les unes après les autres de façon séquentielle. Elles obéissent à une logique marquée par la circularité dans l'ensemble. On peut tout de même les distinguer logiquement les unes des autres.

Étape 1 : Diversification initiale des contextes de collecte à la recherche de la variation
La première étape a consisté à constituer un échantillon initial suffisamment diversifié. Dans cette perspective, nous avons recherché une certaine variation maximale des contextes de pratique en choisissant des sages-femmes provenant de plusieurs structures sanitaires de la région sanitaire Libreville-Owendo. Au départ, dix (10) sages-femmes ont été consultées. Huit ont finalement accepté de participer à notre recherche et deux autres se sont ajoutées au fil des résultats d'analyse. Un premier contact s'est établi afin d'avoir les coordonnées de celles qui ont accepté de participer à notre projet, ce qui nous a permis de constituer un premier échantillon diversifié de participantes et de sites de collecte de données. Cette diversité est présentée dans le tableau suivant.

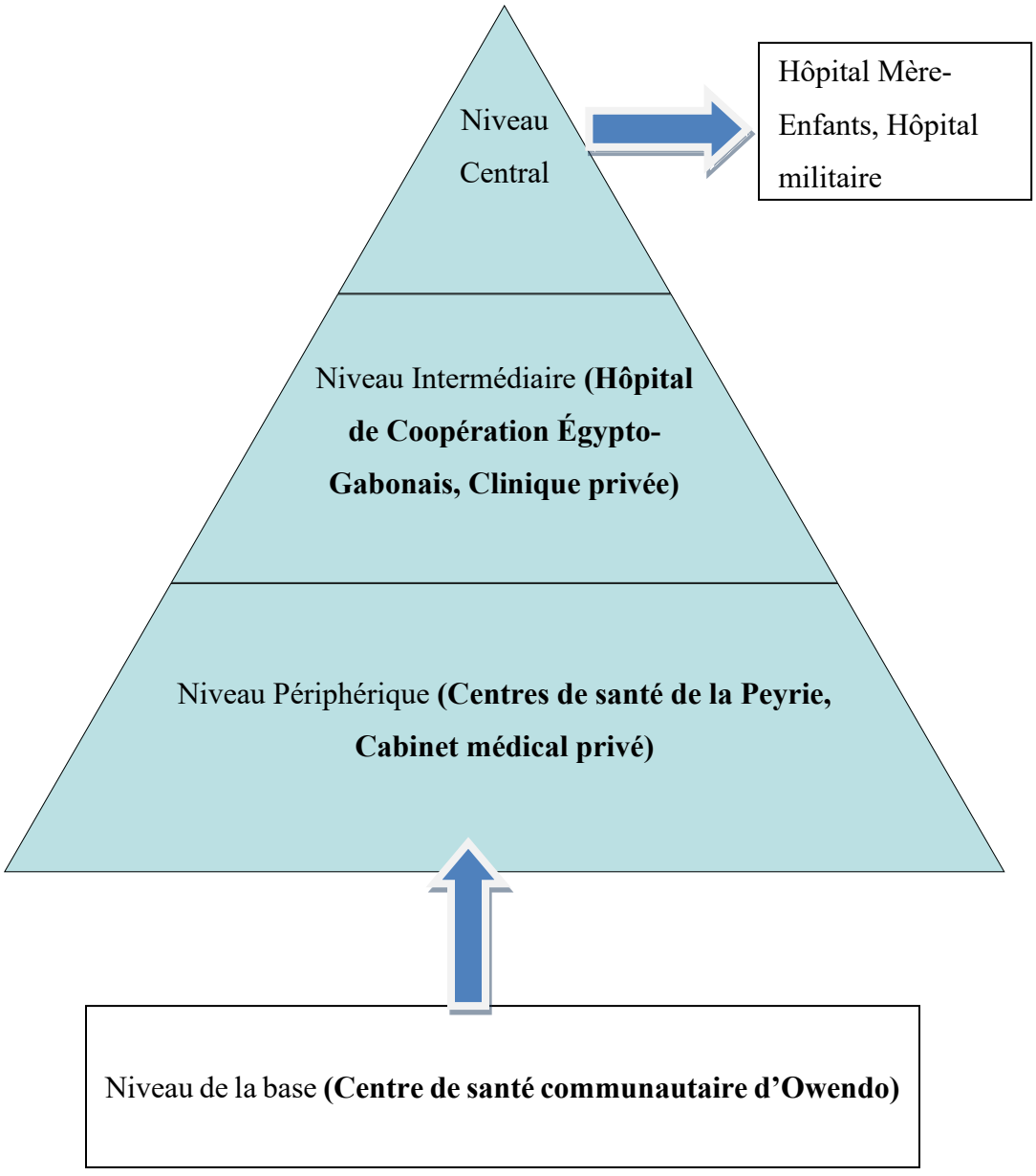
Tableau 4 : Représentativité de notre échantillon diversifié

Nombre de sages-femmes participantes	Formations sanitaires (FOSA)
1	Hôpital militaire
1	Hôpital mère-enfant
1	Centre de Santé de la Peyrie
1	Hôpital de coopération égypto-gabonais
2	Centre communautaire d'Owendo
1	Clinique privée
1	Programme PTME

Comme le soulignent les spécialistes de la MTE, cette diversité ne visait pas la représentativité des participantes, mais la richesse des situations étudiées. Les différents établissements retenus représentaient des contextes organisationnels complémentaires susceptibles d'enrichir la compréhension du phénomène (Glaser, 1978; Glaser et Strauss, 1976; Charmaz, 2006). Afin de pouvoir les situer

minutieusement, nous avons fait le rapprochement avec les différents niveaux de la pyramide sanitaire gabonaise représentés ainsi qu'il suit.

Figure 3 des échantillons de sites de collecte des données en exemple :



Pour cette raison, nous n'avons pas choisi le caractère représentatif des participantes, mais plutôt la variation des sites pour comprendre plus largement le phénomène à l'étude en fonction des divers contextes. Le choix porté sur ces formations sanitaires n'est pas appréhendé comme un simple lieu géographique, mais comme un espace social, relationnel et organisationnel où se déploient des pratiques communicationnelles prénatales façonnées par les réalités culturelles, professionnelles et institutionnelles propres au contexte gabonais.

Le choix des participantes, au début, a été fait en fonction de certaines structures sanitaires que regorge une partie de la région sanitaire Libreville-Owendo. Le rapprochement avec la pyramide sanitaire repose sur la nécessité d'un ancrage contextuel fort pour saisir les dynamiques spécifiques qui en découlent.

Nous avons d'abord constaté une homogénéité remarquable dans les pratiques communicationnelles, et ce, malgré les différences entre les milieux de pratique. Qu'elle exerce en structure de santé périphérique ou dans un établissement central, la sage-femme mobilise des modes de communication dont les vécus respectifs apparaissent étonnamment similaires.

Afin d'approfondir cette observation et de poursuivre l'échantillonnage théorique, nous avons orienté la collecte vers des situations susceptibles d'éclairer plus finement ces manières de communiquer, leurs variations contextuelles potentielles ainsi que les conditions qui les façonnent. Ce choix a permis de mieux comprendre les logiques interactionnelles sous-jacentes et les circonstances particulières dans lesquelles elles émergent.

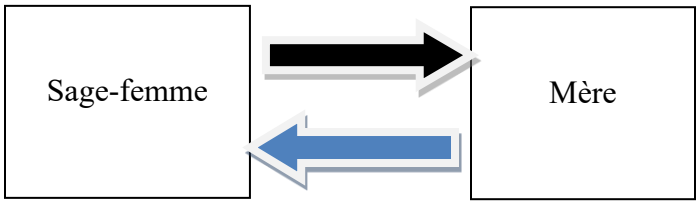
Étape 2 : Première exploration de la manière dont la communication se déroule entre la sage-femme et la mère

Pour mieux étudier ce vécu communicationnel, nous avons décidé de nous focaliser sur les situations des rencontres prénatales, car elles constituent un lieu, un moment ou une plateforme incontournable et cruciale pour étudier la relation communicationnelle entre la sage-femme et la mère.

Tout en appliquant le principe de l'échantillonnage théorique, qui est au service de l'approche par émergence, nous avons demandé aux participantes de nous dire si, oui ou non, elles utilisaient la communication numérique avec les mères. À la suite de cette première question fermée, il ressort de notre première analyse que certaines sages-femmes ont des communications numériques et d'autres pas. Cette communication numérique se fait soit par appels téléphoniques, soit par l'utilisation de l'application WhatsApp. Pour celles qui n'ont pas de communication téléphonique, elles ont des communications en face-à-face au sein des structures sanitaires (voir l'Appendice A). Ensuite, nous avons posé d'autres questions, par exemple, « comme vous m'avez dit que vous avez des communications numériques très souvent avec les mères, racontez-moi très simplement un exemple précis de communication numérique que vous avez eue avec la mère, svp ». La réponse à cette question a permis d'identifier plusieurs situations de communication par appel téléphonique. Un exemple de communication téléphonique est relaté par une de nos participantes, Norine, qui dit: *« Il s'agissait d'un médicament prescrit que la parturiente ne trouvait pas en pharmacie. Elle m'a contactée par un appel téléphonique pour voir si je pouvais autoriser qu'on lui serve un équivalent et c'est ce qui s'était fait ».*

Comme nous étions « sensible » à cette situation de communication, nous avons écrit un mémo qui a trait à une rupture de stock et d'approvisionnement médicamenteux en pharmacie. Nous avons posé plus de questions aux participantes pour récolter davantage de données sur des situations de communication.

De plus, certaines participantes remettent leur numéro de téléphone personnel aux mères pour qu'elles puissent les joindre en cas de nécessité avant la date du rendez-vous. Les appels proviennent aussi bien des sages-femmes que des mères pour échanger sur leurs besoins ou donner des éclaircissements sur une situation qu'elles vivent. À ce niveau la communication entre la sage-femme et la mère est bidirectionnelle.



La communication bidirectionnelle (dans les deux sens).

Ainsi, notre échantillonnage théorique ne s'est pas construit à partir de la représentativité des participantes, mais à partir de la diversité des situations communicationnelles qu'elles rapportaient. Ce sont les expériences vécues, les contextes d'interaction, les modalités orchestrées et les dimensions émergentes du phénomène qui orientaient progressivement les nouvelles collectes des données. Les analyses réalisées après chaque épisode de collecte guidaient les épisodes suivants, dans un processus itératif et circulaire plutôt que séquentiel.

Afin de poursuivre ce mouvement, nous avons souvent posé la question suivante : « raconte-moi comment se déroulent vos communications avec la mère ». D'autres sous-questions ont été formulées progressivement, par exemple, « raconte-moi ce que tu vis lorsqu'elle t'exprime un besoin ». C'est ainsi que ce vécu relaté par nos participantes suivi de notre analyse a permis de comprendre d'autres aspects du phénomène qui font partie de l'étape 3 suivante.

Étape 3 : Exploration approfondie du vécu communicationnel lors des contacts

À cette étape, les analyses préliminaires ont révélé que les participantes accordaient une importance particulière à leur appréciation du vécu communicationnel. Les données faisaient émerger les avantages (positifs). Les limites ou inconvénients (négatifs) ainsi que les pistes d'amélioration de leurs pratiques communicationnelles en CPN. Cette démarche a permis de soumettre les catégories au processus *d'emergent-fit,* en ce sens que les données empiriques étaient recueillies dans un discours narratif permettant d'enrichir progressivement leur conceptualisation.

En étant « à l'écoute de nos données », nous nous sommes mises à explorer plus systématiquement ces aspects émergents des données.

Il convient donc de mentionner que nous avons posé davantage de questions afin de collecter des informations sur les appréciations et les propositions formulées par les participantes concernant leur pratique de communication en face-à-face, ainsi que la communication téléphonique ou via WhatsApp, spécifiquement dans le contexte des consultations prénatales et du métier de sage-femme. On a d'abord interrogé les données déjà collectées avant de poser de nouvelles questions aux participantes, afin d'éviter de leur soumettre des questions auxquelles elles avaient déjà répondu. Plus concrètement, nous nous immergions dans les données déjà recueillies d'une participante et nous formulions des questions spécifiques pour cette participante en partant de ce qu'elle avait déjà dit et en lui demandant de compléter ou de répondre à la question tout entière si elle n'avait pas déjà donné des éléments de réponse. Notre procédé a été d'élaborer des questions en rédigeant chaque fois des mémos. Par exemple, pour nos conversations WhatsApp, lorsqu'une réponse nous était adressée, nous lisions le message et faisions immédiatement un mémo sur la prochaine question à poser. Le plus souvent, nous partions du contenu du message et, en regardant nos objectifs de recherche de même que le système catégoriel et l'état de saturation des différents codes, nous rédigions un mémo dans lequel nous ajoutions un brouillon du prochain message à envoyer à la participante. Parfois, nous avions deux ou trois messages à l'avance parce que nous pouvions formuler plusieurs sous-questions, mais la démarche a toujours été de poser une seule question à la fois. Nous nous sommes retrouvées à faire plus d'une centaine de mémos de ce genre. Ils constituaient le principal instrument d'échantillonnage théorique. Certains exemples de ces mémos se trouvent dans l'Appendice D et les codes à l'Appendice E de cette recherche.

La question qui est revenue le plus souvent à cette troisième étape de l'échantillonnage théorique était celle-ci: « Pouvez-vous me raconter ce que vous considérez comme des aspects positifs et des aspects négatifs de votre pratique de la communication et de la communication numérique lors de vos contacts? ». La question était parfois formulée

autrement, par exemple : « Pouvez-vous me raconter des 'pour' et des 'contre' qui vous viennent à l'esprit lorsque vous communiquez avec la mère en consultation? », ou encore, « Parlez-moi davantage de ce que vous vivez comme obstacles ou avantages dans la communication en face-à-face et dans la communication par WhatsApp? ». Ces questions ont permis un avancement dans l'analyse et dans la compréhension plus poussée de ce qui avait commencé à émerger concernant l'appréciation faite par les sages-femmes et à partir de laquelle elles s'engageaient dans l'amélioration continue de leur pratique communicationnelle. Une fois que cette question de l'appréciation du vécu communicationnel a été relativement saturée, nous nous sommes mises à poser (à nos données déjà recueillies et à nos participantes) des questions portant sur des suggestions possibles à effectuer afin d'optimiser ou de rentabiliser ce vécu communicatif.

Étape 4 : Début de la saturation des catégories émergentes

Au cours de cette quatrième phase, l'analyse comparative des données a progressivement mis en lumière les principales catégories du phénomène ainsi que leurs interrelations. L'objectif n'était plus uniquement d'explorer de nouvelles expériences, mais de vérifier la récurrence des thèmes émergents et de documenter leurs différentes variations. Les opérations d'échantillonnage théoriques ont ainsi été orientées vers les catégories nécessitant un approfondissement afin d'accroître leur densité conceptuelle et leur cohérence analytique. Autrement dit, les divers composants de la théorie naissante ont commencé à s'organiser de manière logique. Nous avons donc réussi à cibler systématiquement l'épuisement pour ces différents sujets grâce à des opérations d'échantillonnage théorique soigneusement planifiées. Par exemple, il y avait, d'un côté, les différents modes de communication entre la sage-femme et la mère, de même que la diversité des situations contextuelles vécues occasionnant la communication entre la sage-femme et la mère et, d'un autre côté, l'appréciation aussi bien positive que négative qui en découlait.

Étape 5 : Retour à une logique de variation théorique

Dans cette cinquième étape de l'échantillonnage théorique, les analyses ont laissé entrevoir que certaines dimensions de la communication prénatale pouvaient être influencées par le parcours personnel et professionnel des sages-femmes. Afin de mieux comprendre les conditions qui façonnent leurs pratiques communicationnelles avec les mères, nous avons exploré différents aspects de leur trajectoire professionnelle comme, les événements marquants, les personnes-ressources et les expériences ayant contribué au développement de leur manière de communiquer en CPN. À titre d'exemple, nous avons demandé aux participantes les personnes ou les expériences qui avaient influencé leurs façons d'accompagner, d'écouter, d'informer et d'interagir avec les mères durant la CPN. L'objectif n'était pas de documenter leur biographie, mais de comprendre comment certaines expériences personnelles ou professionnelles pouvaient expliquer les conditions favorables ou défavorables au développement des pratiques de communication de qualité.

Au cours de l'analyse, nous avons toutefois constaté que les informations relatives aux personnes marquantes, considérées isolément, contribuaient peu à répondre directement à notre question de recherche. Nous avons donc cessé de poursuivre cette piste comme catégorie indépendante. En revanche, les éléments recueillis ont été intégrés à l'analyse des conditions influençant les pratiques communicationnelles entre la sage-femme et la mère notamment lorsqu'ils permettaient d'expliquer l'émergence de comportements relationnels favorisant la confiance, l'écoute ou l'accompagnement des mères.

Ensuite, il y a eu des épisodes d'échantillonnage théorique qui consistaient à explorer des options ouvertes par les participantes elles-mêmes. En effet, il ressort de nos analyses plusieurs conditions qui agissent sur la pratique communicationnelle des sages-femmes. Par exemple, Sierra a ouvert l'option d'une des conditions favorables à communiquer lorsqu'elle a parlé de son désir de continuer à réaliser son rêve d'enfance de devenir sage-femme. Elle a alors ouvert une piste que nous avons explorée avec elle et avec d'autres participantes. Une autre participante qui parlait de ce qui l'avait amenée

à devenir sage-femme, a donné comme réponse qu'elle s'était inspirée intérieurement de ses propres expériences positives de ses maternités précoces. Voici un extrait de sa réponse : « *J'ai rencontré deux sages-femmes pendant mon suivi de grossesse, et ce jusqu'à l'accouchement. Elles m'ont marquée positivement à travers la façon dont elles m'avaient reçue, et ce jusqu'à l'accouchement. En les voyant faire, je me suis dit que j'aimerais faire comme elles ».* Nous avons exploré plus avant cette condition des expériences personnelles de la sage-femme comme leurs expériences de grossesse, d'accouchement et des soins offerts au bébé.

Pour d'autres participantes, le vécu communicationnel présente certaines difficultés qui impactent négativement lorsque certaines mettent la rémunération avant le soin ou exerce la profession de sage-femme non par *« vocation ou amour* », mais seulement comme un emploi qui leur permet de percevoir un salaire. Un autre exemple vécu comme difficulté à communiquer tout au long de son suivi prénatal provient aussi des mères comme l'a souligné une autre participante. Pour Bella, la mère qui a une grossesse désirée communique facilement par rapport à une mère où la grossesse n'est pas désirée. Cette autre piste nous a beaucoup intéressées. Nous nous sommes alors servies de sa question et l'avons posée à des participantes qui avaient effectivement parlé de ces mêmes difficultés. Pour Sierra, une des participantes, la primipare appelle dès l'absence de règles et parfois peut poser certains gestes de façon autonome, comme faire le test de grossesse ou une échographie afin d'avoir la confirmation de sa grossesse, ou bien peut prendre un rendez-vous de début des consultations prénatales.

Cependant, dans le cas d'une multipare qui a déjà eu plusieurs accouchements, même si sa grossesse est désirée, elle a tendance à retarder son rendez-vous et à commencer le suivi de sa grossesse tardivement vers le début du deuxième trimestre.

Nous pourrions donner de multiples exemples de situations communicationnelles qui illustrent que l'approche inductive permet de construire la théorie à partir de ce qui émerge des données fournies par les participantes.

Étape 6 : Exploration des situations contrastées de communication

Cette étape a constaté à comparer systématiquement les différentes situations de communication décrites par les participantes afin d'identifier les similitudes, leurs différences et les conditions expliquant leurs effets. Nous avons réalisé que les sages-femmes pourraient se retrouver face à une sorte de « compétition » entre deux contextes de communication qui leur sont proposés. Nous avons donc axé nos questionnements sur les situations contrastées éclairant les facteurs favorisant ou limitant la communication. Cette comparaison constante a permis d'identifier les conditions contextuelles influençant l'appréciation positive ou négative du vécu communicationnel qui entoure les moments de contact prénatals.

Étape 7 : Revirement théorique et émergence d'une nouvelle conceptualisation

Après avoir exploré davantage les multiples situations de communication en face-à-face et de communication téléphonique ou par WhatsApp dans lesquelles se retrouvaient les participantes, l'idée que ces pratiques communicationnelles n'étaient pas suffisantes a émergé. À ceci s'étaient ajoutés les enjeux qui impactaient négativement ces stratégies de communication utilisées actuellement.

De ce fait, notre démarche d'échantillonnage théorique a alors subi un certain revirement. En effet, nous ne cherchions plus tellement à échantillonner les situations de communication, mais plutôt des situations dans lesquelles les pratiques communicationnelles étaient vécues comme un moyen de les rendre optimales. Nous avons donc poursuivi l'échantillonnage théorique en cherchant des sages-femmes qui exerçaient des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC), ou des activités de communication pour un changement de comportement (CCC). Cela s'est opéré tout en essayant de maintenir une variation des situations communicationnelles lors des contacts. C'est ainsi que l'idée d'une approche holistique intégrant à la fois la communication en face-à-face ou interpersonnelle et la communication numérique a été découverte comme piste intéressante à explorer davantage.

Étape 8 : Vers la saturation : consolidation progressive des catégories

À plusieurs occasions, nous avons évalué le processus d'échantillonnage des situations et les avons catégorisés en fonction d'une typologie qui prend en considération les différentes étapes de notre analyse. De ce fait, nous avons réussi à déceler des « lacunes » dans notre échantillon, à savoir des séquences pour lesquelles nous disposions de moins de données. Cette analyse des lacunes conceptuelles a conduit à la réalisation de nouveaux épisodes d'échantillonnage théorique ciblant des situations particulières ainsi que des participantes susceptibles d'apporter les informations nécessaires au développement des catégories encore incomplètes. Par exemple, si nous voulions explorer davantage la situation des mères « perdues de vue », nous savions que nous pouvions compter sur Hélène et si nous voulions explorer davantage sur « la santé communautaire », nous savions que nous pouvions compter sur Monia (ces prénoms sont des pseudonymes) [3].

Étape 9 : Saturation de l'échantillonnage théorique

La dernière étape a consisté à poursuivre des épisodes de collecte de données dans le but d'approfondir certains concepts émergents et d'assurer la complétude du corpus théorique. Conformément à la démarche de l'échantillonnage théorique proposée par Charmaz (2014), chaque nouvelle collecte a été orientée par les lacunes ou les zones d'ombre identifiées dans l'analyse en cours, jusqu'à ce que les catégories deviennent suffisamment denses, cohérentes et stabilisées.

Concrètement, lorsque certaines dimensions de la communication prénatale semblaient encore partiellement comprises, notamment les formes de communication utilisées, les contextes dans lesquels elles se déploient, ainsi que leurs effets perçus positifs ou négatifs, nous avons réinvité certaines participantes et sollicité de nouveaux profils afin d'obtenir des éclairages supplémentaires.

---

[3] Hélène, Monia et autres prénoms dans cette thèse sont des pseudonymes pour éviter toute identification directe ou indirecte des participantes.

Par exemple, une sage-femme ayant mentionné l'usage sporadique de WhatsApp pour rassurer certaines mères a été réinterrogée afin de préciser dans quelles circonstances, pour quels types de suivi et avec quelles limites institutionnelles ce moyen était utilisé. L'ensemble des catégories formait alors une explication intégrée du phénomène étudié.

3.4.7 COLLECTE DES DONNÉES

3.4.7.1 En théorie

Au cours du processus de recherche, les phases de collecte de données sont guidées par les conclusions provisoires et évolutives de l'analyse (Charmaz, 2005; Corbin & Strauss, 1990, 2008; Glaser, 1978). De ce fait, le chercheur a l'opportunité de revenir plusieurs fois sur le terrain pour collecter des données additionnelles afin de « peaufiner » la théorie en construction et approfondir sa compréhension du phénomène (Glaser et Strauss, 1967). Ainsi, les entretiens peuvent présenter des durées et des formats variés, notamment des rendez-vous en face-à-face, mais également des conversations téléphoniques ou des correspondances par courriels ou encore des dialogues par Zoom. Pour des motifs éthiques, les discussions se tiennent dans un lieu et à un moment qui convient à la participante (Glaser, 2001; Glaser et Strauss, 1967).

3.4.7.2 Application dans notre recherche

Dans cette recherche, la collecte des données s'est inscrite dans une démarche itérative, évolutive et étroitement articulée à l'analyse, conformément aux principes de la MTE. Plutôt que de considérer la collecte et l'analyse comme deux opérations distinctes, nous les avons envisagées comme un processus dynamique de coconstruction des connaissances, dans lequel chaque nouveau cycle de collecte était orienté par les résultats provisoires de l'analyse précédente.

Cette posture méthodologique répondait à notre objectif de comprendre en profondeur

le vécu communicationnel prénatal. Le choix des modalités de collecte, des participantes, ainsi que l'évolution progressive du canevas d'entretien ont donc été continuellement guidés par les catégories émergentes, les comparaisons constantes et les besoins de conceptualisation du phénomène.

Nous avons donc considéré que ce vécu de la communication était accessible dans le discours des sages-femmes gabonaises. Ainsi, la collecte des données a eu lieu auprès des sages-femmes qui ont complété et signé le formulaire d'information et de consentement, c'est-à-dire celles qui ont accepté de participer à notre projet. Celles-ci se retrouvaient principalement dans la région sanitaire de Libreville-Owendo, principal pôle sanitaire du pays.

Une adresse courriel a été fournie pour notre projet de recherche. Après un certain temps d'échanges avec elles, nous avons opté, d'un commun accord avec les participantes, pour avoir des conversations WhatsApp, pour la plupart, et quelques courriels pour certaines. Ensuite, nous avons commencé l'enregistrement des conversations.

Étape 1 : enregistrement des premières conversations

Il y avait des conversations écrites et des conversations audios par WhatsApp. Pour sauvegarder nos premières données, nous avons créé un dossier Word composé des fichiers des différentes conversations transcrites avec des noms fictifs. Cette transcription de toutes les conversations (écrites et audios), au fur et à mesure, a facilité l'usage du logiciel *Nvivo* (versions 14 et 15) *pour* l'analyse de ces données. Nous avons donc entré ces fichiers dans le processus d'analyse réalisée avec l'assistance de *NVivo*.

Nous sommes parties d'une question fermée : « Est-ce que vous utilisez des communications numériques avec les mères, oui ou non? » Les réponses « oui » font référence aux participantes qui utilisent la communication numérique. Mais celle-ci ne concerne que la communication téléphonique et la communication par WhatsApp. Les

participantes qui avaient répondu « non » renvoient à celles qui n'ont que la communication en présentiel ou en face-à-face dans les structures de soins. Ces premières conversations ont permis d'ajuster notre canevas thématique d'entretien. Par la suite, le choix des questions s'est fait de manière progressive en fonction des résultats de l'analyse des réponses reçues afin de comprendre en profondeur les pratiques communicationnelles.

La deuxième question a été formulée comme suit : « *Raconte-moi une fois que tu as eu une conversation par WhatsApp avec une mères par écrit, stp! Merci beaucoup, ta collaboration est très précieuse pour notre recherche. »* Par exemple, pour Bella, elle disait que *: « concernant la conversation par voie numérique avec mes patientes, par exemple, il peut s'agir, on peut discuter lorsqu'elle a un souci, un malaise, une allergie au médicament, quelque chose qu'elle ne comprend pas sur son traitement, elle m'en parle par WhatsApp, et puis je lui donne plus d'amples explications ».* Un autre exemple de question donnée à Bella pour approfondir la conversation : « *Pour celle qui a eu un malaise, raconte-moi, qu'est-ce que vous vous êtes dit l'une à l'autre. Simplement, dis-moi ce qui te revient en tête ».* Toujours à titre d'exemple, voici sa réponse : « *pour celle qui a eu un malaise, je lui ai conseillé d'aller à l'hôpital consulter un gynécologue, car elle faisait une hausse de tension et me disait qu'elle saignait aussi à six mois de grossesse. Notre rendez-vous était encore loin, donc elle a accepté d'aller à l'hôpital, et elle a vu le gynécologue qui lui a donné un traitement. Par la suite, la mère s'est sentie mieux ».*

Il fallait s'engager dans le processus d'échantillonnage théorique, comme mentionné précédemment, en sélectionnant des questions en rapport avec la démarche d'analyse progressive. C'est grâce à la circularité entre la collecte et l'analyse que nous avons pu obtenir des données « théorisables », c'est-à-dire des données qui nous ont aidées à comprendre de plus en plus le phénomène au lieu de simplement le consigner. Une autre situation concernait un rappel de rendez-vous que la sage-femme a effectué à une mère séropositive afin qu'elle se prépare en conséquence et soit présente à ce rendez-

vous pour non seulement procéder à son examen physique et obstétrical, mais aussi, assurer sa prise d'antirétroviraux (ARV). Ces situations ont été vécues plusieurs fois entre la sage-femme et la mère si bien que la même sage-femme a été interviewée plusieurs fois et les questions qui se suivaient avaient pour objectif de comprendre davantage ce vécu. Comme présenté par Bowers (1988), les questions ont été déterminées par la progression de la conceptualisation et de la théorisation.

Étape 2 : Émergence de nouvelles dimensions du vécu communicationnel

Un autre cycle de collecte de données a été effectué sur d'autres dimensions émergentes à la suite de l'analyse persistante des informations collectées. Dans ce contexte, l'objectif de l'échantillonnage n'était pas d'assurer une représentation de toutes les sages-femmes participantes, mais plutôt de recueillir des informations pertinentes sur ces nouvelles pistes émergentes qui n'avaient pas été explorées lors des premières conversations. Par exemple, il est apparu que les sages-femmes et les mères vivaient des expériences positives et négatives liées à la communication, aussi bien en face-à-face qu'à travers l'usage de WhatsApp ou des appels téléphoniques.

Afin de mieux comprendre ces expériences, nous avons reformulé certaines questions d'entretien de manière ciblée. Ainsi, dans une situation rapportée par Florine d'un centre de santé communautaire, le recours à WhatsApp a permis de rassurer une mère primipare angoissée par des contractions prématurées, en lui prodiguant rapidement des conseils et en organisant son transfert vers la maternité. Ce vécu positif contrastait avec celui d'une autre mère, vivant en zone périurbaine, qui mentionnait auprès de Bella, les limites techniques de ce type de communication (problèmes de connexion, manque de crédits téléphoniques), entraînant parfois un sentiment d'isolement.

De même, en situation de communication en face-à-face, plusieurs sages-femmes ont relaté l'importance d'accueillir chaleureusement la mère pour instaurer une relation de confiance. Une participante a expliqué que le simple fait de dire « bonjour » avec un

sourire et de s'enquérir du bien-être de la mère constituait une porte d'entrée essentielle vers une consultation prénatale plus sereine. À l'inverse, Dorine a rapporté que certaines mères avaient souligné que l'attitude distante ou le manque de disponibilité de certaines professionnelles pouvait être vécu comme une barrière à la communication, renforçant leur sentiment de vulnérabilité.

Cette phase a également mis en lumière l'importance de certaines situations sensibles comme les annonces de grossesse à risque ou les épisodes de deuil périnatal. Laurianne a ainsi rapporté la difficulté à trouver les « mots justes » pour accompagner une mère confrontée à une menace d'accouchement prématuré qui était angoissée quant à l'issue de sa grossesse, illustrant la nécessité d'un soutien émotionnel renforcé dans ces moments de forte charge affective. Ces éléments, apparus au fil des nouveaux cycles de collecte, ont conduit à l'ajout de sous-questions spécifiques dans notre canevas, par exemple: « Pouvez-vous raconter une expérience où la communication a été particulièrement difficile avec une mère ? » ou encore « Comment avez-vous utilisé WhatsApp ou le téléphone pour maintenir le lien avec une mère ? ».

Notre canevas d'entretien est donc resté ouvert et évolutif. À chaque nouvelle version, l'objectif a été d'ajuster les questions en fonction des données déjà recueillies et des réalités contextuelles propres au terrain gabonais. Ce processus itératif a permis de rendre opérationnelle la prise en compte de la progression de la collecte et de l'analyse, conformément à la logique de l'échantillonnage théorique et de la théorisation enracinée (Glaser & Strauss, 1967 ; Charmaz, 2006).

Étape 3 : Vers une saturation théorisante des données

Au début du processus, nous avons formulé un canevas d'entretien (voir Appendice C) afin de structurer les premiers échanges. Cependant, fidèle au principe de flexibilité méthodologique inhérente à la MTE, ce canevas a été continuellement ajusté en fonction des résultats de notre analyse théorisante. Ainsi, chaque fois que de nouvelles

catégories prenaient forme ou que des zones d'ombre apparaissaient, les questions étaient affinées, scindées, reformulées ou complétées par de nouvelles questions.

Pour favoriser une exploration organique des expériences et permettre une analyse comparative continue, les participantes recevaient une seule question à la fois, par écrit et par WhatsApp. Ce mode d'interaction a permis d'ouvrir l'espace pour ce qui émergeait et de réorienter la suite des questions selon les besoins de l'analyse. Progressivement, certaines questions principales ont été déclinées en sous-questions, puis en sous-sous-question, destinées à préciser des aspects plus fins du phénomène.

Exemples concrets de ces ajustements :

Identifier le motif de communication

Dans un premier temps, une question générale telle que : « dans quelles situations communiquez-vous le plus souvent avec les mères? ». Cela a suscité des réponses variées (accueil, examen, douleur, inquiétude, consignes, urgences).

Analyse émergente : une diversité inattendue de contextes.

Ajustement : formulation d'une sous-question plus ciblée : « pouvez-vous décrire une situation récente où vous avez dû engager une communication importante avec une mère, et expliquer ce qui a motivé cet échange? ».

Explorer les stratégies de communication utilisées

Une fois le motif clarifié, les conversations ont révélé une pluralité de stratégies (explications, geste de soutien, humour, ton ferme, silence stratégique, démonstrations, etc.)

Ajustement : introduction d'une sous-sous-question visant à comprendre comment et pourquoi ces stratégies étaient choisies : « qu'avez-vous concrètement fait ou dit dans

cette situation pour communiquer avec elle? ». Ensuite, « pourquoi avez-vous choisi cette manière de faire? ».

Faire émerger les difficultés communicationnelles spécifiques, notamment linguistiques

Plusieurs participantes ont rapporté que certaines mères rencontraient une difficulté à comprendre des consignes données en français, langue officielle du Gabon, alors que leur langue d'usage quotidien est une langue locale comme le Punu, le Fang, le Nzebi, etc.

Observation émergente : la barrière linguistique est un catalyseur majeur de malentendus.

Nouveau questionnement ciblé : « comment faites-vous lorsque vous sentez que la mère ne comprend pas bien ce que vous expliquez? ».

Ce vécu d'adaptation a été rapporté par Norine : « une mère punu, exprimant un français hésitant, a souligné qu'elle n'a pas compris les consignes concernant la prise du traitement antianémique. La sage-femme, également punu, décide alors de poursuivre la conversation dans leur langue commune ».

Lorsque la langue n'était pas partagée, certaines participantes demandaient l'aide d'une accompagnatrice pour jouer le rôle d'interprète.

Résultat analytique : émergence de la catégorie « vécu d'une communication compensatoire » et des sous-catégories (traduction informelle, ajustement linguistique, simplification des consignes).

Ouverture vers de nouvelles pistes d'explication

Ces observations ont suscité des questions additionnelles pour vérifier si ces pratiques étaient isolées ou généralisées dans d'autres structures sanitaires.

Ajustement : recrutement théorique de nouvelles participantes provenant d'hôpitaux de niveaux différents (public/privé), afin d'enrichir la compréhension des mécanismes d'adaptation communicationnelle.

Contribution de WhatsApp à la coconstruction des données

L'utilisation d'échanges écrits par WhatsApp a joué un rôle structurant dans la profondeur analytique atteinte. Chaque participante pouvait répondre où et quand elle le souhaitait, prenait le temps de réfléchir, relire, reformuler, en revenant plusieurs jours plus tard sur une réponse incomplète et en partageant des exemples concrets qu'elle revisitait au quotidien. En d'autres termes, les participantes qui ont répondu par WhatsApp n'étaient pas soumises aux contraintes inévitables des conversations en personne. Contrairement à un entretien en face-à-face limité temporellement, cette modalité a permis d'étendre la collecte sur plusieurs mois, permettant d'observer l'évolution des perceptions, l'ajout spontané d'exemples nouveaux et la consolidation progressive de certains thèmes.

Rôle de la rétroaction continue dans la saturation théorique

Le suivi transparent de ces conversations a permis de revisiter les expériences décrites à la lumière : des catégories émergentes, des nouvelles questions soulevées par l'analyse, des comparaisons constantes entre les cas.

Ainsi, chaque échange alimentait les ajustements méthodologiques, créant un processus circulaire d'analyse et de collecte, essence même de la MTE.

Nous avons considéré qu'une conversation était « saturée » lorsque les nouvelles réponses n'apportaient plus d'éléments susceptibles de modifier la structure en émergence, les propos commençaient à répéter des idées déjà exprimées et les variations entre les cas ne changeaient plus l'interprétation des catégories. Il s'agissait

bien d'une saturation théorique et non statistique, fondée sur la stabilité et la densité des catégories, plutôt que sur le nombre de participantes.

3.4.8 Analyse des données

3.4.8.1 En théorie

Dans la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE), le processus global d'analyse des données est circulaire rendant complexe la distinction claire entre les différentes opérations d'analyse. L'analyse débute dès la première transcription des entretiens.

Le codage constitue l'activité principale de l'analyse des données en MTE. Ce processus consiste à comparer les données afin de déterminer celles qui peuvent être interprétées et permettent de construire une compréhension autour d'un code qui est en fait un concept. Ensuite, les codes peuvent être regroupés et intégrés à diverses catégories. Pour les experts de la MTE, la catégorisation est un processus d'organisation et de hiérarchisation des codes (Plouffe et Guillemette, 2012, p. 101).

Habituellement, on identifie deux niveaux majeurs de codage : le codage ouvert et le codage sélectif, qui symbolisent deux extrémités d'un continuum sur lequel plusieurs niveaux pourraient être situés. Strauss a établi un niveau intermédiaire entre ces deux pôles. C'est ce qu'il appelle le codage axial qui, selon ces propres mots, se rapproche plus du codage ouvert que du codage sélectif (Strauss, 1987). D'après Glaser et Strauss, ces niveaux de codage font référence à des degrés d'abstraction ou à des niveaux de théorisation.

Le codage ouvert

Le codage ouvert, qui favorise l'émergence, est le premier niveau de codage. Il s'oppose au codage fermé qui exploite des codes préexistants (Glaser, 1992). Il s'agit d'un processus de codage applicable à toutes les données déjà collectées et à celles qui sont progressivement intégrées dans l'analyse. Ainsi, le chercheur vise à obtenir une couverture complète des données et revient même aux données pour vérifier s'il n'a rien manqué d'important.

Lors de l'analyse des données, le codage ouvert constitue une phase de grande latitude et d'inventivité où s'effectue la première structuration des données. Dans cette perspective, c'est au chercheur qu'il revient de segmenter les données et de les analyser afin de réaliser les comparaisons préliminaires ou de différencier les ressemblances et les divergences (Beck, 1999; Corbin et Strauss, 1990; Rice et Ezzy, 2000). Comme le fait remarquer Glaser (1978), le chercheur effectue le codage en cherchant à multiplier autant que possible les points de vue sur les données. Il vise « à révéler autant de concepts et de catégories possibles » (Laperrière, 1997, p. 317). Il peut même attribuer différents codes à une même portion de données.

Le codage ouvert est également un type de codage qui « ouvre » les données pour en « découvrir » le contenu. Il s'agit donc de la sensibilité théorique qui est « ouvrante », en ce sens qu'elle stimule à poser des questions sur les données. À l'aide des réponses obtenues, l'analyste commence à discerner un schéma dans son codage, établissant des catégories et des sous-catégories, tout en mettant en évidence des dimensions et les composantes de ces catégories. Ainsi, le codage ouvert génère des esquisses de théorisation (Strauss et Corbin, 1998) qui possèdent un caractère temporaire (Strauss, 1987).

Le codage axial

Le codage axial, élaboré par Strauss en 1978, constitue une composante du codage ouvert. Il implique l'utilisation d'une catégorie comme axe autour duquel se développe l'analyse en explorant divers aspects ou attributs de cette même catégorie (Hutchinson et Wilson, 2001; Strauss, 1987; Strauss et Corbin, 1998). Le codage axial est ainsi une technique visant à approfondir le codage ouvert en repérant les codes qui peuvent devenir des catégories autour desquels vont se lier plusieurs codes (Corbin et Strauss, 1990; Gibbs, 2002; Strauss, 1987).

Le codage axial représente donc une extension du codage ouvert, car il vise à poursuivre la découverte des codes (Strauss, 1987) par le biais de la réduction, de l'intégration et de la création des relations entre les différents codes et catégories (Gibbs, 2002; Holloway et Wheeler, 2002). Alors que le codage ouvert se distingue par une fragmentation des données, le codage axial se caractérise principalement par la tendance inverse de rassembler les données fragmentées en suivant un raisonnement de synthèse plutôt qu'une démarche de découpage (Strauss et Corbin, 1998).

Le codage sélectif

Il est important de noter que les différents niveaux de codage peuvent être effectués simultanément tout au long l'analyse. D'après Beck (1999), le codage sélectif s'inscrit dans la dynamique de synthèse de l'analyse. À la suite de la segmentation des données lors de l'élaboration des codes, l'analyse en arrive à l'étape finale de regroupement qui permettra la catégorisation et l'élaboration du schéma d'analyse. Charmaz (1938) emploie l'expression *« focused coding »* en indiquant que ce type de codage est à la fois sélectif et conceptuel. Il est sélectif, car il permet de revenir à des ensembles de données pour choisir des indices plus particuliers, afin de définir avec précision les catégories et de procéder à l'évaluation de leur adéquation aux données (Charmaz, 1983; Corbin & Strauss, 1990). Il est également conceptuel parce qu'il permet

d'accroître le niveau d'abstraction de l'analyse et de densifier théoriquement les catégories.

C'est pour cette raison que les spécialistes en MTE le désignent aussi comme le « codage théorique » (Glaser, 1978, 1992, 1998, 2001, 2003; Strauss & Corbin, 1994). Il constitue donc l'étape finale du processus de codage impliquant la manipulation ou la réorganisation des codes et des catégories construits lors de l'analyse (Charmaz, 1983; Gibbs, 2002). Il s'agit de confronter les résultats de l'analyse aux données, mais aussi, plus précisément, de réviser le système des codes afin d'établir plus fermement les relations ou le modèle de ce système des concepts ou noyaux principaux de la théorisation (Corbin & Strauss, 1990; Glaser, 1978; Rice & Ezzy, 2000; Strauss & Corbin, 1998). Il s'agit d'une phase d'intégration et de perfectionnement qui guide la finalisation de l'analyse et l'achèvement de la théorisation (Glaser, 1978; Strauss & Corbin, 1998).

Ainsi, le codage sélectif aboutit à une intégration de tous les codes et catégories dans un système de relations entre les codes. À ce stade de sa théorie, le chercheur est conscient de la progression de ses résultats de recherche, ce qui facilite l'élaboration des conclusions de son analyse.

3.4.8.2 Application dans notre recherche

Dans une approche inductive qui cherche à dégager la compréhension de l'interaction sage-femme/mère directement à partir des données et non en s'appuyant sur des théories préexistantes (Corbin & Strauss, 2014; Guillemette & Luckerhoff, 2009), les données ont été examinées avec l'aide du logiciel *Nvivo (versions 14 et 15)* par des processus de codage, de catégorisation et de modélisation. Étant donné que l'approche globale d'analyse est cyclique, les processus de collecte de données et d'échantillonnage théorique n'ont pas été effectués successivement de façon linéaire, mais se sont entremêlés. Nous cernons les étapes suivantes pour illustrer la démarche suivie tout au long du processus d'analyse.

Étape 1 : codage

Avec l'assistance du logiciel *NVivo*, nous avons démarré la création des codes. Cette action a été effectuée au fur et à mesure de la saisie des données à l'intérieur du logiciel. Initialement, nous avons employé des codes *in vivo,* c'est-à-dire des termes ou des mots extraits du discours même des participantes. Il est à noter qu'à chaque ajout d'un ensemble de données au corpus, nous utilisions principalement des codes *in vivo* (voir la liste des codes générée en Appendice E). À mesure que notre codage a progressé, nous avons pu mettre nos données précédentes en perspective avec celles qui s'ajoutaient au fur et à mesure, tout en établissant des connexions entre elles. Comme nous le rappelle Guillemette (2006), ce lien constitue un critère de qualité de l'analyse et il est opérationnalisé par une prise en compte de ce qui est suggéré par les données, mais aussi par une validation constante des analyses dans une confrontation aux données empiriques déjà analysées ou à analyser dans de nouveaux épisodes de collecte (p. 40). Notre système de codage a évolué en consolidant les divers codes qui, non seulement, découlaient de données de manière désordonnée, mais qui présentaient aussi des similitudes thématiques.

Étape 2 : Élaboration de catégories (modes de communication et diversités des situations de communication)

L'établissement des catégories a été réalisé en parallèle avec notre analyse progressive, ce qui a permis d'éclairer les aspects du phénomène. En pratique, lors de l'émergence des codes *in vivo*, nous avons également observé le développement des relations entre ces derniers et les positions des concepts relativement les uns aux autres. Notre étude a favorisé une interprétation théorisante, où chaque code *in vivo* était géré de manière à être intégré, à la suite de sa transformation, comme une catégorie rassemblant divers codes et concepts naissants.

Plus particulièrement, chaque code *in vivo* était comparé aux données qui lui étaient attachées et ces données étaient comparées à d'autres données (attachées aux codes *in*

vivo), tout cela dans un esprit de questionnement comportant diverses interrogations que nous avions, par exemple : ces deux codes (et leurs données) pourraient-ils être combinés en un seul qui serait l'un des deux ou un troisième plus abstraits donc potentiellement plus englobant théoriquement? Quel concept global est sous-entendu par les données associées au code ? Qu'est-ce qui se passe ? Que révèlent les données associées au code ? Quel aspect du phénomène ces données révèlent-elles? Est-ce un jugement ? Est-ce une condition propice ou défavorable ? S'agit-il d'une stratégie ? S'agit-il d'un nouvel aspect du phénomène qui se manifeste ? Il y avait un nombre considérable de questions, qui facilitaient également l'organisation des codes et des concepts.

Chaque code *in vivo* est attribué comme une catégorie, parfois sans modification, parfois après l'avoir converti en un code plus général ou en le regroupant avec d'autres codes. Cette rupture a engendré de nombreux bouleversements au sein des catégories où l'apparition des codes conceptuels influençait d'une certaine manière la cohérence générale de l'analyse. Au fur et à mesure que notre analyse avançait, les catégories ont été réorganisées, soit par précision, c'est-à-dire en divisant un code en plusieurs sous-codes, soit par transfert d'une série de codes vers une autre section du système, et ainsi de suite.

Les schémas qui témoignent, comme exemple, de l'évolution de notre analyse se retrouvent dans l'Appendice C.

Étape 3 : Différents niveaux de codage

Dans notre recherche et en cohérence avec les spécialistes de la MTE, lors de l'analyse des données, nous avons identifié trois niveaux de codage: le codage ouvert, le codage axial et le codage sélectif. Il est important de noter que notre approche a privilégié des allers-retours entre les différentes étapes du processus de recherche. Ce ne fut pas un processus linéaire, mais plutôt un processus cyclique ou hélicoïdal, à l'image des deux

brins d'ADN qui s'entrelacent en tissant des liens entre chaque section disposée en parallèle, et cela jusqu'à la conclusion de notre étude.

Le codage ouvert est notre niveau initial de codage. Il nous a offert un premier aperçu dans la théorisation tout en demeurant étroitement lié aux données. Les phases de codage axial et sélectif ont constitué l'essentiel des opérations de comparaison continue, établissant des liens entre les concepts et intégrant progressivement la théorie. Le processus de transition d'un niveau à un autre impliquait une manipulation des données et des codes afin d'avancer l'analyse tout en adoptant une posture distanciée par rapport à la théorie émergente.

Dans le cadre du codage axial, nous avons opté pour choisir un code à la fois, lequel servait de référence autour de laquelle nous avons établi des connexions entre les dimensions de l'aspect particulier que ce code représentait. Par exemple, pour chaque élément identifié, nous avions recours à un code désignant le processus comme une référence utile pour coder les divers éléments d'évaluation de l'expérience communicationnelle. En suivant cette même approche, nous avons identifié chaque code qui mentionnait chaque élément d'appréciation et y avons associé des codes émergents désignant ces éléments variés.

En amorçant le codage sélectif, notre analyse s'est enrichie en profondeur avec l'introduction de divers codes et concepts qui chapeautaient des codes hiérarchiquement plus bas. Ce processus a facilité la consolidation des codes pour minimiser leur nombre et aboutir à des codes (ou des catégories) d'une grande valeur théorique.

Plusieurs révisions de nos codes ont été entreprises à la suite des opérations de codage axial et sélectif. Par conséquent, nos catégories ont été continuellement mises à jour jusqu'à l'achèvement de notre analyse. Un schéma représentatif de ce déroulement des différents niveaux de codage se trouve à l'Appendice E.

Étape 4 : Émergence de la théorie sur le vécu communicationnel

Au cours du processus analytique, au regard de la complexité des données sur l'appréciation du vécu communicationnel, a surgi l'idée d'organiser celles-ci de façon *« positive versus négative »* et en lien avec la complexité des préoccupations exprimées par les participantes. Comme expliqué dans la section sur l'échantillonnage théorique, nous avons estimé qu'il était essentiel de situer ces divers éléments sur le continuum polarisé (positif négatif) afin de pouvoir examiner les données, d'une part, et d'autre part, comprendre ce qui différencie chacun d'eux. Ainsi, le vécu de chaque participante était variable, oscillant entre une appréciation positive et négative ou plus ou moins les deux. Ce processus implique l'élaboration d'une catégorie théorique ou d'une typologie incluant divers concepts, tout en étant conscient qu'aucune expérience ou qu'aucun phénomène ne correspond exactement à l'un de ces types. Les types sont idéaux puisqu'ils résident dans l'univers des idées, celui de l'abstraction et de la théorisation. Par conséquent, après avoir travaillé avec des typologies de treize, dix et huit propositions, nous avons finalement élaboré une approche théorique globale qui englobait à la fois les échanges téléphoniques par WhatsApp et les interactions en face-à-face. Par conséquent, cette classification d'approche nous a ouvert la voie à d'autres codes, regroupés en cinq grands codes constitués d'un code sur les éléments de communication centrée sur la mère, un code sur les soins centrés sur la mère, un code sur l'intégration des technologies d'information et de la communication, un autre code sur la collaboration interprofessionnelle et un autre code sur l'approche basée sur les preuves qui viennent s'ajouter aux premiers codes.

Étape 5 : Modification des catégories de codes

Dans l'évolution de notre compréhension du vécu communicationnel sous la houlette de notre analyse, certains codes ont été modifiés ou regroupés sous des codes plus englobants. Ainsi, cette organisation en cinq grands codes constitue une étape

importante de notre analyse caractérisée par la création de nombreux codes et par une ouverture à tout ce qui pouvait émerger. Ainsi, à partir de la *théorie d'approche holistique* intégrative de la communication téléphonique par WhatsApp et des interactions en personne, notre système catégoriel a été revu afin d'intégrer les codes de différents niveaux.

Cette intégration a été réalisée en créant d'autres codes avec le logiciel *NVivo*, que nous avons appelés « codes additionnels », pour pouvoir intégrer les diverses situations (et les données associées) où ces cinq principaux codes se manifestaient. Ce processus analytique a servi à la quête de la variation. En outre, ce système de codage a aussi permis une évaluation de l'*emergent-fit* du corpus, notamment pour vérifier si les divers aspects représentant la variation fondamentale du phénomène avaient été suffisamment examinés. Effectivement, c'est en procédant par échantillonnage théorique et de façon progressive que nous avons comblé les manques de saturation sur ces divers codes additionnels.

Synthèse des différentes étapes de la collecte et de l'analyse des données :

La collecte et l'analyse des données ont été menées selon les principes de la MTE, en respectant une démarche inductive, flexible et ancrée dans les expériences réelles des participantes. Les entretiens, réalisés exclusivement par WhatsApp, ont donné lieu à un matériel riche, varié et proche des pratiques quotidiennes des sages-femmes gabonaises. Cette modalité de collecte, adaptée aux contraintes logistiques et professionnelles des participantes, a permis un accès continu, fluide et naturel à leurs récits.

Modalités concrètes de la collecte des données

Dès le début des conversations, une participante manifestait une préférence pour les messages audios. Afin de faciliter l'analyse et la comparaison constante, nous lui avons proposé d'écrire davantage ses réponses. Malgré cela, lorsqu'un audio était envoyé, il

était systématiquement transcrit pour uniformiser le corpus. Par exemple, une sage-femme avait envoyé un message vocal de deux minutes expliquant une difficulté à communiquer avec une mère qui avait perdu son téléphone. Ce message a été transcrit intégralement, puis codé selon les axes : perdue de vue, obstacle au suivi continu, arrêt des CPN, réorientation, défis structurels.

L'usage de WhatsApp a permis une flexibilité unique :

Certaines participantes répondaient tard dans la soirée après leur service, d'autres laissaient un message commencé, revenaient dessus plusieurs heures plus tard, modifiaient puis développaient leur réponse. Plusieurs réponses se sont étalées sur plusieurs semaines, permettant une maturation réflexive.

Cette modalité a contribué à des descriptions plus longues, plus précises et moins contraintes.

Nature des questions : une approche ouverte et inductive

En cohérence avec l'objectif général de recherche, comprendre le vécu communicationnel entre les sages-femmes et les mères, la plupart des questions ont été formulées sous une forme ouverte, conformément aux principes de la recherche qualitative (Paillé et Mucchielli, 2016). Ces questions invitaient les participantes à raconter, décrire et expliquer leurs expériences communicationnelles. Plus précisément, elles portaient sur la manière dont les sages-femmes vivent et mettent en œuvre la communication avec les mères, leurs pratiques d'information, d'éducation et de communication (IEC/CCC), ainsi que leurs situations de prévention, des complications et d'autres pathologies fréquentes comme le paludisme pendant la grossesse.

Exemple de question ouverte :

Peux-tu me raconter une situation récente où tu as communiqué avec une mère pendant une CPN? Qu'est-ce qui t'a marqué dans cette conversation?

« *Une participante a rapporté le cas d'une mère de 32 ans, à 28 semaines de grossesse, présentant une tension artérielle très élevée lors du contact. Face à l'inquiétude visible de la mère, la sage-femme a dû adapter rapidement sa communication : ton calme, phrases courtes, explications graduelles du risque de prééclampsie et de la nécessité d'un transfert immédiat vers l'hôpital. Elle a souligné l'importance d'avoir répété les informations en utilisant des métaphores simples, afin de réduire l'anxiété de la mère et d'obtenir son consentement éclairé* ». Ce type de situation illustre comment la communication devient un outil clinique en soi, permettant de soutenir la compréhension, la décision rapide et la sécurité maternelle.

Ces récits ont permis de comprendre comment les participantes ajustaient leur communication en fonction de la situation ou de l'urgence.

Contenu des récits : la présence indirecte des mères

Bien que les entretiens de recherche n'aient eu lieu qu'auprès des sages-femmes, leurs récits incluaient fréquemment des descriptions détaillées des propos des mères, de leurs réactions, de leurs émotions, de leurs difficultés ou de leurs questions fréquentes.

Par exemple, Dorine a rapporté que plusieurs mères disaient : « Je n'ai pas compris pourquoi on me donne ces comprimés encore, vous pouvez m'expliquer ». Ces témoignages indirects ont enrichi la compréhension du vécu communicationnel des deux côtés, sans entreprendre des entretiens supplémentaires.

Profil des participantes : des sages-femmes expérimentées et diversifiées

Les participantes étaient toutes des sages-femmes gabonaises, en service en CPN particulièrement, avec au moins deux années d'expérience ou plus, travaillant dans différents types de structures : centre de santé communautaire, centres de santé maternelle et infantile, hôpitaux régionaux et centre hospitalier universitaire (CHU) entourant la province de l'Estuaire. De ce fait, le nombre de futures mères suivies variait selon les structures (20 à 50 mères par jour).

Ce contraste de milieux a permis un échantillonnage théorique riche, révélant des pratiques communicationnelles variées.

Adaptation progressive du canevas d'entretien : un outil évolutif

Le canevas initial (Appendice B) a été révisé au fil de l'analyse, conformément au principe de l'ajustement continu de la MTE.

Exemples d'ajustement : lorsqu'une femme s'était présentée avec un saignement abondant suspect de placenta prævia, Norine a rapporté avoir immédiatement abrégé le format habituel de la CPN pour passer en mode « communication brève et directive », c'est-à-dire, phrase courte, injonction claire, répétée trois fois, suppression des détails non essentiels. Elle précise : « je ne pouvais pas lui expliquer tous les risques, l'urgence était d'agir ». Cela montre comment les échanges se modulent selon les impératifs cliniques.

Ajustement en contexte socioculturel sensible : Bella a rapporté le cas d'une mère dont la belle-famille imposait des croyances traditionnelles (par exemple, des restrictions alimentaires et des rituels particuliers). Consciente de la sensibilité du sujet, Bella a adopté une communication indirecte, en posant des questions ouvertes : « qu'est-ce qui est important pour ta famille pendant la grossesse? », en valorisant certains aspects culturels tout en corrigeant les risques, « cette plante peut être bonne pour calmer, mais évite d'en boire trop, car peut fatiguer le bébé ». Cet ajustement montre comment les sages-femmes naviguaient entre normes biomédicales et attentes culturelles. Ainsi, cette adaptation reflète le principe de sensibilité théorique et d'ouverture aux données.

Étapes du codage :

Logiciel d'analyse qualitative :

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel *NVivo de* QRS international (version 14, pour la période de septembre 2023 à septembre 2024, et *NVivo*15, pour la

période de septembre 2024 à mars 2025). Ces versions ont été téléchargées via les services informatiques de l'UQTR, avec des mises à jour selon les besoins techniques et analytiques de la recherche. Ce logiciel a permis d'organiser des corpus (conversations, observations, journal de la chercheuse, etc.), de faciliter la comparaison constante, de gérer les mémos analytiques et de documenter l'évolution des catégories. Et des schémas.

Exemples : Préparation des données :

Collecte des données qualitatives : conversations par WhatsApp.

- ✓ Création d'un fichier Word (docx) ou verbatims pour chacune des participantes et anonymisation
- ✓ Importer des conversations sur WhatsApp dans le fichier (à noter la transcription a été faite tout au début de la collecte des données pour des conversations audios sur WhatsApp)
- ✓ Création d'un nouveau projet *N'vivo*
- ✓ Importer des verbatims sur *N'vivo*

Étapes de codage en MTE

La procédure de codage a suivi trois étapes principales, chacune jouant un rôle spécifique dans la construction progressive de la catégorie émergente. L'analyse s'est déroulée selon les trois niveaux classiques de la MTE (Glaser, 1978; Strauss, 1987; Corbin & Strauss, 1990).

Codage ouvert

Cette étape vise à fragmenter ligne par ligne les données, créer des codes à partir des mots des participantes. Dans *NVivo*, cette étape correspond à la création de codes émergents, des codages ligne par ligne, segment par segment. Le codage ouvert a été

réalisé dans le but de diviser le texte ou verbatim en unités significatives. Nous avons lu ligne par ligne et codé des segments de texte avec des étiquettes descriptives. À chaque idée émergente, nous avons créé un nouveau code souvent un code *in vivo*, c'est-à-dire un code reprenant les termes exacts des participantes.

Exemple de codage ouvert :

- ✓ Préoccupation exprimée
- ✓ Consultation prénatale
- ✓ Contact
- ✓ Grossesse
- ✓ Échange téléphonique
- ✓ Écoute attentive
- ✓ Communication par WhatsApp
- ✓ Primipare
- ✓ Multipare
- ✓ Prise de rendez-vous
- ✓ Toucher rassurant
- ✓ Incompréhension des consignes
- ✓ Surcharge de travail
- ✓ Silence respectueux
- ✓ Disponibilité réduite, etc.

Cet exercice a permis d'identifier les premières unités de sens sans catégorisation.

Codage axial

À ce stade, les codes les plus fréquents, riches ou structurants sont regroupés, comparés, consolidés, transformés en catégories. Ces catégories sont distinguées en fonction de

leurs conditions, leurs contextes, leurs stratégies d'action ainsi que les conséquences associées (Strauss & Corbin, 2004).

Dans *NVivo*, cela s'est traduit par la fusion de codes, l'organisation hiérarchique en catégories et en sous-catégories et l'identification des relations entre les codes.

Exemples :

- ✓ Catégorie 1 : rôle de la sage-femme.
  Sous-catégories : conseillère, communicatrice, éducatrice.
  Conditions et contraintes influençant les communications : charge de travail, temps limité
  Conséquences : meilleure adhésion aux soins ou risque de sur dépendance des mères.

Florine a décrit comment elle alternait entre le rôle d'éducatrice (explications des signes de danger) et celui de médiatrice culturelle (adapter les conseils en fonction des croyances familiales).

- ✓ Catégorie 2 : stratégies de communication.
  Sous-catégorie 2.1 : en face-à-face
  Sous-catégorie 2.2 : par téléphone
  Sous-catégorie 2.3 : par WhatsApp.
  Conditions : accès limité aux technologies, difficulté à utiliser WhatsApp
  Conséquences : diminution des rendez-vous manqués

Sierra a relaté avoir utilisé une image envoyée par WhatsApp pour expliquer les résultats des examens à une adolescente anxieuse.

- ✓ Catégories 3: Attitudes de communication,
  Sous-catégorie 3.1 : écoute attentive (permet de saisir les préoccupations non formulées).

Sous-catégorie 3.1 : posture non jugeante (favorise l'expression libre des mères).

Sous-catégorie 3.2 : langage simplifié (adapter le vocabulaire biologique).

Sous-catégorie 3.3 : reformulation (clarifier la compréhension ou corriger une mauvaise interprétation)

Sous-catégorie 3.4 : respect culturel (intégrer les croyances tout en protégeant la santé maternelle). Exemple : Lorsqu'une mère souhaite utiliser une tisane traditionnelle, la SF discute de la composition pour vérifier l'absence de plantes à effet ocytocique

Conditions : diversité linguistique.

Dorine a adapté son langage en utilisant un langage simplifié et des gestes auprès d'une mère malentendante.

- ✓ Catégorie 4 : inhibition communicationnelle.

  Conditions : autorité professionnelle, peur du jugement, normes de pudeur.

  Conséquences : faible participation, silence, dépendance

  Stratégies : recours à l'aide d'autres mères, mémorisation des questions.

Ces organisations et regroupements ont permis de dégager des thèmes analytiques solidement ancrés dans les récits. Les codes ont été organisés selon les liens logiques, révélant une architecture de phénomène communicationnel prénatal.

Codage sélectif

Le codage sélectif s'est centré sur l'identification du noyau central autour duquel toutes les autres catégories se sont articulées. Ce noyau central provisoire correspondait au : « Vécu communicationnel entre la sage-femme et la mère pendant les CPN ».

À partir de ce noyau, l'intégration théorique a été développée progressivement selon les principes de la MTE. Cette intégration reposait sur une approche holistique visant

à comprendre comment les sages-femmes combinent la communication en face-à-face, la communication numérique et des stratégies d'adaptation linguistique, culturelle et émotionnelle. Ce modèle émerge du croisement des catégories relationnelles, corporelles, émotionnelles, numériques, culturelles et professionnelles, de la mise en cohérence des dimensions explicatives identifiées grâce au codage axial, ainsi que de la comparaison constante entre les catégories pour assurer leur saturation théorique.

Dans *NVivo*, cette phase inclut la modélisation finale, l'écriture intensive des mémos théoriques, l'exportation des matrices analytiques et la validation du modèle.

Ces éléments ont été structurés et représentés dans des cartes conceptuelles réalisées avec le logiciel *Xmind* (voir Appendices C et G). Ces modèles visuels exposent la progression analytique et la mise en relation des catégories.

Le journal de recherche a été tenu quotidiennement, permettant de documenter l'évolution du raisonnement, des décisions méthodiques, les intuitions théoriques et les ajustements dans la modélisation

L'étape de la saturation

La saturation a été atteinte lorsque l'analyse comparative constante n'a plus fait émerger de nouveaux éléments susceptibles de modifier les catégories existantes. Dans les dernières semaines de collecte, les participantes formulaient des réponses similaires à celles déjà analysées, confirmant la stabilité du modèle en construction.

1. *L'étape de la théorisation*

La théorisation finale a conduit à la formulation d'une approche holistique intégrative de la communication prénatale, combinant le face-à-face, les interactions numériques et les modifications communicationnels contextuels. L'émergence de cette théorie enracinée repose entièrement sur les données recueillies, conformément à l'approche inductive de la MTE. Le logiciel *NVivo* (versions 14 et 15) a servi d'outil de soutien

pour organiser, comparer et examiner les données, sans jamais imposer une structure théorique préétablie.

Précisions méthodologiques

Dates de collecte des données

Début : 13 septembre 2023

Fin : novembre 2024

Conditions pratiques et défis de la collecte des données à distance

Nous présentons les différentes étapes que nous avons franchies pour ce début :

Étape 1. Préparation du matériel

Cette étape nous a permis de remplir et de multiplier notre formulaire d'information et de consentement, de rédiger le premier courriel de présentation du projet et de la chercheuse, d'établir une liste des sages-femmes qui pourraient participer avec leurs adresses (nom et prénom, numéros de téléphone, WhatsApp et courriel)

Étape 2. Prise de contact

Nous sommes entrées en contact avec les participantes de manière individuelle par WhatsApp et par courriel afin de solliciter un rendez-vous pour échanger ensemble. Une fois que la participante avait donné une suite favorable à notre message en acceptant de nous écouter, nous sommes passées à la présentation du projet et de la chercheuse à travers les échanges par courriel pour certaines et par WhatsApp pour d'autres. Le choix du mode de communication était fait par la participante selon sa disponibilité.

Étape 3. Présentation du projet de recherche et de la chercheuse

À l'étape 3, nous avons envoyé un courriel type de présentation et mis en pièce jointe le formulaire d'information et de consentement. Ce fut le même procédé par WhatsApp pour celles qui n'avaient que ce moyen de contact. Nous tenons à souligner que cette phase nous a pris beaucoup de temps à cause de certains obstacles rencontrés et parfois exprimés par les participantes entre la période de réception du formulaire d'information et de consentement par la participante et celle de son retour après signature. Nous décrivons ici certaines difficultés rencontrées.

La première difficulté observée est le décalage horaire. En effet, il y a un écart de cinq heures pendant les sessions d'été, d'automne et de printemps, et de six heures pendant la session d'hiver. Cette difficulté, non seulement, rallonge les temps des échanges, mais nous garde en éveil afin de communiquer tard dans la nuit ou très tôt le matin avec les participantes. Par exemple, un message ou courriel envoyé ici à 8h du matin est lu au Gabon à 14h en après-midi si la participante est connectée. Si elle n'est pas connectée, il faut encore plus de temps.

La deuxième difficulté est liée à la connexion internet. Au Gabon, la connexion internet est souvent très instable par endroit et parfois quasiment absente. Une participante me disait qu'étant chez elle, elle avait un problème d'électricité et pas d'internet si bien que la plupart des conversations que nous avons eues se déroulaient à son moment de pause les jours qu'elle travaillait, car il y a le Wifi à son service.

Une autre difficulté observée a été d'imprimer le formulaire, le compléter puis me le renvoyer. Toutes les participantes n'ont pas pu imprimer le formulaire au bon moment par faute de soutien financier et de matériel disponible. Ayant constaté cette lenteur, je leur ai présenté une option qui était de faire intervenir mon fils pour leur apporter le formulaire déjà imprimé pour qu'elles le complètent. Cette option a reçu un écho favorable auprès des participantes.

Ensuite, j'ai contacté mon fils (29 ans) et sollicité son intervention en agissant en toute confidentialité pour imprimer le formulaire et programmer des rendez-vous avec les participantes.

Un besoin de plus d'explications sur différents aspects de sa participation à notre projet de recherche a été exprimé par une participante. La participante a posé des questions qui sont en gras dans la suite du texte. À la suite de ces questions, nous lui avons donné plus d'explications en répondant à ses questions. Je joins, par exemple, le verbatim de l'un de nos conversations. C'était son audio WhatsApp et moi j'ai donné suite par courriel comme suit :

> « Bonjour la sage, j'ai bien reçu ton audio WhatsApp et je te remercie beaucoup.
> Je réponds ici à tes questions.
> ***En quoi consistera mon travail avec vous?***
> Ton travail consistera à répondre à mes messages, simplement et brièvement.
> Je te poserai une seule question à la fois, une seule question par message.
> La question portera sur ce que tu vis dans la communication numérique avec une mère. Tu verras que mes questions seront très simples.
> ***Explication du terme périnatalité?***
> Selon l'OMS, la périnatalité est la période qui se situe entre la 22e semaine de grossesse jusqu'au septième jour après la naissance. Mais, dans mon projet, la périnatalité concerne tout ce qui entoure la naissance (pré, per et postnatal).
> ***M'expliquer en gros, en quoi consistera votre test:***
> Il n'y a pas de tests, c'est un échange entre toi et moi.
> ***En quoi consistera mon aide?***
> Ton aide consistera à donner des réponses aux questions simplement.
> ***Quel apport pourrai-je faire?***
> En partageant ton expérience.
> Je tiens à te rappeler que ta participation restera strictement confidentielle.
> Merci beaucoup à l'avance!

Ta collaboration est très précieuse pour ma recherche ».

Étape 4. Acceptation des sages-femmes participantes et signature du formulaire d'information et de consentement

Pour ce volet, la rencontre entre la participante et mon fils s'est faite rapidement pour certaines. Mais pour d'autres, cela nous a pris plus de temps, environ une à cinq semaines pour rencontrer mon fils. Il fallait mon intervention à distance soit pour planifier la rencontre, soit pour solliciter leur accord pour remettre les numéros de téléphone à mon fils, soit pour faire un rappel de rendez-vous. Je partage ici un exemple qui m'a beaucoup marqué. C'était un jour où mon fils est resté pendant 2h à la salle d'attente pour rencontrer une participante qui était en réunion à son service. Lorsqu'il m'a donné l'information qu'il l'attendait depuis tout ce temps, j'ai rappelé à la participante que mon fils se trouvait à la salle d'attente pour la rencontrer. Et cela a porté fruit, car c'est ce jour-là qu'elle a finalement rempli le formulaire.

Étape 5. Choix du médium de communication entre les participantes et la chercheuse.

Ce choix a été facile, car la plupart ont opté pour les conversations WhatsApp par insuffisance d'adresse courriel. Pour celles qui avaient à la fois une adresse électronique et le WhatsApp, les échanges se faisaient avec les deux médiums comme pour l'exemple que j'ai donné plus haut sur des explications à donner au début. Par la suite, nous avons opté uniquement pour des échanges par WhatsApp.

Étape 6. Début de la collecte des données à travers des conversations entre la participante et la chercheuse.

Nous avons commencé les conversations dès réception du formulaire dûment complété et signé par la participante. C'est mon fils qui s'est chargé de me les envoyer par courriel. Par la suite, nous leur avons attribué des noms fictifs, commencé les entretiens.

Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés exclusivement par WhatsApp, en mode écrit. La communication prenait la forme d'un échange question-réponse progressif et évolutif. Bien qu'une participante ait initialement privilégié les messages audios, ceux-ci ont été transcrits puis intégrés au corpus.

L'approche consistant à poser une seule question à la fois visait à soutenir un processus réflexif et à permettre aux participantes de répondre à leur propre rythme. Elle a favorisé la profondeur des récits. Cette disposition correspondait davantage à une entrevue asynchrone écrite, parfaitement compatible avec la MTE.

Échantillonnage théorique

La pyramide sanitaire gabonaise n'a pas été utilisée comme stratégie d'échantillonnage. La sélection des participantes, la formulation des questions initiales et des questions subséquentes, les relances, les ouvertures sur de nouvelles thématiques, toutes ces stratégies reposaient sur l'évolution de l'analyse et sur les résultats provisoires de la construction théorique. L'accent était toujours sur leur pratique en CPN, leur expérience clinique et leur disponibilité à partager leurs expériences communicationnelles. Le choix de la région sanitaire Libreville-Owendo reposait d'abord sur sa pertinence scientifique au regard de l'objet de recherche. Ce choix était également soutenu par des considérations pragmatiques liées à la concentration des services prénatals, aux contraintes de collecte et à l'objectif de cibler des milieux diversifiés (centre de santé, maternités, CHU). Ce choix ne visait pas la représentativité

géographique, mais la richesse analytique, conformément à la logique de l'échantillonnage théorique.

Codage réalisé par la chercheuse

Tout le codage a été réalisé par la chercheuse uniquement. Environ 87 % du corpus a été codé dans NVivo, avec mémos analytiques associés à chaque code, renforçant la traçabilité du processus. Les mémos présentés dans l'Appendice E sont illustratifs.

3.4.9 Principe des comparaisons constantes

3.4.9.1 En théorie

Les comparaisons constantes, décrites par Glaser et Strauss (1967) comme le « noyau analytique » de la méthodologie de la théorisation enracinée, consistent à comparer en continu incident avec incident, incident avec concept, concept avec catégorie et catégorie avec catégorie. Cette dynamique permet d'affiner progressivement les conceptualisations et de repérer les variations, les conditions, les propriétés, les oppositions, les conséquences, les *patterns*, etc.

3.4.9.2 Application dans notre recherche

Le principe des comparaisons constantes a été mobilisé tout au long de l'analyse afin de faire évoluer les catégories émergentes et d'en préciser les propriétés, les conditions d'apparition et les conséquences. Chaque nouvelle donnée a été systématiquement comparée aux précédentes afin d'examiner les variations dans la manière de décrire les interactions, les différences entre milieux de pratique, les influences de l'expérience professionnelle, les conditions qui facilitent ou limitent la communication prénatale et les conséquences.

Par exemple, les discours relatifs à la surcharge de travail ont été comparés entre les différents terrains (centre de santé maternelle et infantile et service CPN de la maternité du centre hospitalier universitaire) afin de comprendre son influence sur la disponibilité communicationnelle des sages-femmes. De même, la confrontation des expériences vécues en présentiel et à distance a progressivement mis en évidence leur complémentarité dans l'accompagnement prénatal.

Ce processus comparatif s'est poursuivi jusqu'à la stabilisation des catégories conceptuelles et a contribué directement à l'élaboration progressive de la théorie découverte de cette recherche.

3.4.10 Saturation théorique

3.4.10.1 En théorie

Par rapport à la saturation théorique, en MTE, à mesure que l'analyse avance, le chercheur raffine et associe de manière cohérente différents codes et catégories, tandis que les concepts se densifient et se rassemblent autour de noyaux théoriques. C'est semblable à un processus de réduction et de densification. D'après Laperrière (1997), « la collecte des données continue jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'au point où aucune nouvelle donnée ne vient modifier la théorie élaborée » (p. 324).

Ainsi, l'analyse en MTE évolue jusqu'à atteindre une « saturation théorique », qui est une évaluation faite par l'analyste, jugeant que la collecte de nouvelles données n'ajouterait rien de substantiel à la conceptualisation et à la théorisation du phénomène à l'étude (Holloway et Wheeler, 2002; Morse, 1995; Strauss et Corbin, 1998). Glaser et Strauss (1967) soutiennent que le point de saturation théorique est atteint lorsque, à la suite de la collecte des données, rien de véritablement novateur ne ressort des nouvelles données. Autrement dit, on considère que l'analyse a atteint un degré de saturation lorsqu'elle ne progresse plus de manière significative, ni en matière de variation ou de précision (Strauss et Corbin, 1998). Selon Glaser (1978), la saturation

théorique se produit lorsque toutes les données ont été intégrées à l'analyse et que de nouvelles informations ne seraient que des répétitions de données déjà considérées.

D'autres chercheurs mentionnent que la saturation théorique est associée à l'affinement de l'analyse (Guillemette, 2017). Pour Holloway et Wheeler (2002), la saturation théorique est atteinte lorsque le corpus de données et l'ajout de nouvelles informations ne fournissent plus d'information pertinente pour l'analyste. Il s'agit ici d'une saturation de l'analyse, et non d'une saturation des données comme dans le cas de la saturation statistique. On pourrait donc conclure que chaque élément de l'analyse devrait être soumis au test de saturation, y compris les codes, les catégories, les relations, les énoncés (Glaser & Strauss, 1967; Olshansky, 1996).

Il est clair que la saturation reste toujours un concept relatif, dans le sens où une analyse peut constamment être plus ou moins saturée et pourrait toujours être développée davantage (Charmaz, 2002; Morse, 1995). À travers le jugement de saturation, l'analyste entre dans la phase finale du projet de recherche.

Pour Strauss et Corbin (1998), l'évaluation de la saturation théorique dépend également d'autres considérations telles que les ressources disponibles pour le chercheur, en particulier en termes de temps et de fond. En d'autres mots, il est nécessaire de clore le sujet, même si cela implique d'y revenir lors de futures recherches (Guillemette, 2006).

3.4.10.2 Application dans notre recherche

Au cours de l'élaboration de notre analyse, nous recherchions la saturation en faisant l'inventaire des données associées à nos différents codes, ce qui permettait d'évaluer la progression de notre théorisation. D'un code à l'autre, nous pouvions déterminer si l'analyse nécessitait des données additionnelles ou si un état de saturation était en cours. En pratique, au fur et à mesure que les données étaient amassées, nous effectuions continuellement ce type de tâche pour les divers codes, tout en rédigeant des mémos analytiques basés sur les informations fournies par nos participantes. Ces mémos

intégraient également des interrogations pertinentes pour les prochains épisodes de collecte, dans l'objectif d'atteindre progressivement la saturation théorique (Charmaz, 2006 ; Strauss & Corbin, 1998).

L'usage de WhatsApp dans notre dispositif de collecte a favorisé cette démarche. Il nous était possible de préparer les questions, mais aussi de les reformuler selon l'évolution des réponses. Comme certaines participantes prenaient plus de temps pour répondre, il nous arrivait que, durant ces périodes d'attente, d'autres sages-femmes aient fourni des données similaires ou complémentaires. Par exemple, après plusieurs témoignages montrant que le sourire et l'accueil chaleureux lors des CPN favorisaient la confiance des mères, nous avons constaté que les nouvelles réponses sur ce point n'apportaient plus d'informations véritablement inédites : l'accueil comme premier vecteur de communication positive était saturé.

De même, concernant les difficultés de communication en situation de deuil périnatal que relatait Laurianne, après avoir reçu plusieurs autres récits relatant le sentiment d'impuissance des sages-femmes et le manque de mots pour accompagner les mères endeuillées, nous avons atteint une saturation : les réponses ultérieures confirmaient ce vécu, sans enrichir substantiellement la compréhension de ce phénomène. Dans ce cas, la saturation s'est traduite par une répétition des mêmes thèmes : émotion difficile à contenir, silence comme réponse par défaut, et absence de formation spécifique à la communication dans ce contexte sensible.

Un autre exemple de saturation concerne l'usage de la communication numérique dans le suivi prénatal. Plusieurs participantes ont rapporté l'intérêt d'envoyer des SMS de rappel de rendez-vous ou des messages de soutien par WhatsApp aux mères, en particulier celles vivant avec le VIH dans le cadre de la PTME. Après quelques cycles de collecte, les nouvelles données confirmaient les mêmes apports : gain de temps, meilleure continuité du lien, mais aussi barrières techniques. Une fois ces éléments répétés par différentes sages-femmes dans divers contextes (urbain et périurbain), nous avons jugé que ce code avait atteint la saturation.

Cette démarche itérative nous a conduites à revisiter plusieurs fois les données déjà collectées. Lors de ces retours analytiques, l'objectif était de vérifier si une immersion supplémentaire permettait d'extraire de nouvelles dimensions. Or, dans plusieurs cas, nous avons constaté que notre analyse n'apportait rien de véritablement inédit sur les codes déjà construits, comme ceux liés à l'accueil, à l'usage des TIC, ou encore au soutien émotionnel. Ce constat nous a permis de conclure que la saturation théorique était atteinte : non pas parce qu'il n'y avait plus rien à dire, mais parce que les nouvelles données n'ajoutaient pas de profondeur à la compréhension du phénomène de communication sage-femme/mère en contexte prénatal au Gabon.

En somme, nous avons considéré la saturation théorique atteinte lorsque l'analyse des nouvelles données aboutissait à une redondance des éléments déjà identifiés, confirmant ainsi la robustesse et la cohérence des catégories construites (Glaser & Strauss, 1967). Cela a permis de consolider notre théorisation enracinée sur le vécu communicationnel, en tenant compte à la fois des dimensions positives (empathie, accueil, usage du numérique) et des dimensions négatives (barrières linguistiques, manque de soutien en deuil, insuffisances organisationnelles).

Prenons quelques exemples de mémos analytiques liés à la saturation théorique :

Code : attitude positive des sages-femmes (accueil chaleureux).

Mémo1 : plusieurs participantes ont mentionné que le fait d'accueillir la mère avec sourire ou une parole bienveillante facilitait la communication. Elles rapportent que ce geste rend les mères à l'aise et en confiance. Après trois cycles de collecte, les réponses concernant « l'accueil chaleureux » ne fournissent plus de nouvelles dimensions. Les discours convergent tous vers une même idée : l'accueil constitue un préalable indispensable pour instaurer la confiance. Cette récurrence traduit une saturation théorique par le fait que l'accueil chaleureux est systématiquement perçu comme une stratégie communicationnelle centrale, sans ajouts de nuance significative dans les nouvelles données.

Code : satisfaction d'un travail bien accompli

Mémo 2 : les participantes disaient éprouver une grande satisfaction lorsque la mère repartait sereine, confiante, ou lorsqu'une grossesse à risque est correctement suivie avec des échanges de qualité. Après plusieurs conversations, les thèmes identiques reviennent comme la satisfaction liée à la reconnaissance de la mère, le sentiment d'avoir évité une complication, ou l'efficacité de la communication. Les variations se limitent au type de situation (risque, suivi, VIH, grossesse désirée, paludisme et grossesse, etc.). Dans cet exemple, la saturation a été atteinte, lorsque le thème de la satisfaction professionnelle ne présentait plus de nouvelles dimensions analytiques.

Code : communication numérique

Mémo 3 : les participantes rapportaient utiliser WhatsApp pour envoyer des rappels de rendez-vous et assurer le suivi des mères, notamment séropositives. Elles ajoutaient que les mères appréciaient la disponibilité et la rapidité de la réponse et vice versa. À la suite de plusieurs conversations, les récits se répétaient : WhatsApp est un outil facilitateur, mais ses limites sont liées au coût des données mobiles et à la couverture réseau. Les mêmes avantages et contraintes sont rapportés par différentes participantes, en milieu urbain comme en zone reculée. La saturation a été atteinte, car de nouvelles données n'ajoutaient pas de dimensions inédites. Cela confirme l'importance d'intégrer les TIC dans l'approche communicationnelle des sages-femmes.

Code : interactions difficiles, deuil périnatal

Mémo 4 : les participantes exprimaient leur impuissance à trouver les mots justes pour accompagner les mères en deuil. Certaines disaient préférer se taire, d'autres essayaient de montrer leur soutien par la présence physique. Les nouvelles données collectées confirmaient ce sentiment de malaise et l'absence de formation spécifique pour gérer la communication dans ce contexte sensible. Les récits se répétaient et n'apportaient pas de nouvelles alternatives. Le phénomène du silence ou de l'impuissance

communicationnelle en contexte de deuil était récurrent et stable dans nos données, d'où la saturation atteinte.

Ces exemples de mémos montrent comment nous avions suivi le processus de saturation théorique c'est-à dire, à chaque code, nous avons attendu que les données se répètent, renforçant la stabilité des catégories, sans ajouter d'éléments vraiment nouveaux.

3.4.11 Validation

3.4.11.1 En théorie

L'opération de validation est définie comme une « confirmation », c'est-à-dire un processus par lequel le chercheur s'assure que les catégories théoriques développées correspondent véritablement aux données empiriques et aux expériences vécues par les participantes (Glaser & Strauss, 1967). Cette validation ne consiste pas à rechercher une vérité universelle, mais plutôt à établir une correspondance significative entre l'analyse théorique et la réalité telle qu'elle est vécue par les acteurs concernés. Bruner (1993) propose le concept de validation écologique, qui met en évidence l'importance de confronter les résultats d'analyse avec le terrain. Ce type de validation s'opère non pas en laboratoire ou par des critères strictement méthodologiques, mais directement dans le contexte d'expérience des personnes impliquées. Elle implique que les participantes, en tant que détentrices d'un savoir expérientiel, puissent reconnaître dans l'analyse produite une part de leur vécu.

Strauss et Corbin (1998) précisent que cette validation écologique peut être réalisée par les personnes mêmes qui expérimentent le phénomène. Ce retour auprès du terrain ne se limite pas à une simple confirmation; il peut également enrichir l'analyse en permettant aux participantes de nuancer, de contredire ou de préciser certains points. Comme le rappelle Charmaz (2006), ce dialogue réflexif entre chercheur et

participantes constitue une forme de co-construction de la connaissance qui renforce la crédibilité de la théorie émergente.

De nombreux auteurs (Bowers, 1988; Stern, 1994; Corbin & Strauss, 2008) insistent sur le fait que l'analyse ne doit pas être conçue comme une « invention » arbitraire du chercheur, mais comme une interprétation enracinée qui prend forme dans l'interaction avec les données et avec les personnes qui les portent. La valeur symbolique et théorique des concepts dépend ainsi de leur adéquation avec les expériences vécues par les participantes et de leur reconnaissance de l'analyse comme étant fidèle à leur réalité.

En effet, l'analyse ne consiste pas à « inventer » des connaissances conceptuelles, mais constitue plutôt une certaine compréhension partagée entre le chercheur et les acteurs du terrain. La valeur symbolique des concepts dépend de la correspondance entre les résultats d'analyse et les expériences vécues par les personnes qui sont confrontés au phénomène étudié. Le recours à ces personnes pour juger et approfondir l'analyse à travers leurs commentaires sur des notions spécifiques se révèle être un outil puissant d'enrichissement de l'analyse.

3.4.11.2 Application dans notre recherche

Dans le cadre de notre étude, la validation n'a pas été conçue comme une étape ponctuelle, mais comme un processus continu et dialogique qui s'est déroulé tout au long de la collecte et de l'analyse des données. Conformément à Glaser et Strauss (1967), nous avons cherché à confirmer que les catégories théoriques émergentes correspondaient effectivement aux expériences vécues des sages-femmes rencontrées.

Bruner (1993) rappelle que la validation peut être dite écologique lorsqu'elle se fait dans le contexte réel des acteurs impliqués. Cette approche a guidé notre démarche. Nous avons soumis nos premières interprétations et notre fiche de synthèse aux participantes, non pas pour « tester » des hypothèses, mais pour vérifier la concordance entre leur vécu et nos propositions théoriques. Comme le soulignent Strauss et Corbin

(1998), cette démarche confère aux participantes un rôle actif dans l'analyse et l'enrichissement des résultats.

Par exemple, lorsque nous avons avancé que la communication numérique (par WhatsApp, SMS ou appels téléphoniques) constituait une expansion importante de la relation sage-femme/mère, nous avons soumis cette idée aux participantes. Plusieurs participantes ont confirmé que ces outils numériques leur permettaient de maintenir le lien avec les mères, notamment dans les cas de suivi des futures mères séropositives dans le cadre de la PTME. Cependant, certaines ont nuancé en soulignant que ce type de communication ne pouvait pas toujours remplacer la richesse du face-à-face, particulièrement dans des situations sensibles comme les deuils périnatals ou les annonces de grossesses à risque. Ces rétroactions ont permis de nuancer la catégorie émergente et d'éviter une généralisation trop rapide.

De même, concernant la catégorie des barrières linguistiques, nos analyses initiales pointaient l'importance de trouver des stratégies de contournement (parler le dialecte local, recourir à une interprète). Les validations effectuées auprès des sages-femmes ont confirmé la pertinence de cette stratégie, mais certaines ont aussi souligné la gêne que certaines mères ressentaient lorsqu'un tiers devait intervenir dans la communication. Ce retour a permis de raffiner notre compréhension du phénomène en introduisant la notion de fragilisation de la confidentialité et de l'intimité dans la relation communicationnelle.

Ainsi, conformément à Charmaz (2006, 2014), la validation a été conçue comme une coconstruction. Les participantes n'étaient pas de simples « répondantes », mais des partenaires analytiques. Leur rôle a été déterminant pour confirmer certaines catégories (par exemple, l'importance du suivi numérique), en nuancer d'autres (par exemple, les limites de l'écoute empathique dans un contexte de surcharge de travail) et en suggérer de nouvelles (par exemple, la nécessité de renforcer les séances de préparation à la naissance et la participation du conjoint).

En définitive, la validation écologique a permis de consolider la valeur théorique de nos résultats en s'assurant qu'ils résonnent avec l'expérience vécue des participantes. Elle a contribué à établir un ancrage empirique solide, tout en favorisant l'émergence de nouvelles dimensions de compréhension, en cohérence avec la logique de la théorisation enracinée (Corbin et Strauss, 2008). Nous présentons certains échanges de cette validation à l'Appendice F.

3.4.12 Modélisation

3.4.12.1 En théorie

La modélisation occupe une place centrale pour soutenir l'élaboration progressive de l'analyse en MTE. Les spécialistes de cette méthodologie insistent sur l'importance de « rendre visible » le processus analytique en construisant des représentations graphiques des relations entre catégories, plutôt que de se limiter à une succession linéaire de codes et de mémos. En effet, modéliser signifie représenter graphiquement le schéma d'analyse tel qu'il existe dans l'esprit du chercheur, en maintenant un lien constant avec les données empiriques (Glaser, 1978; Strauss et Corbin, 1998).

Ces représentations graphiques, d'une part, évitent de se confiner à la logique linéaire du codage par des mots et rendent l'analyse plus flexible et plus « objectivable » dans le sens d'en faire un objet à observer globalement et dans son organisation, ce qui facilite son partage. D'autre part, ces représentations graphiques expriment les liens entre les idées, tout comme les éventuelles hiérarchies qui intègrent les catégories et les sous-catégories. Ces « modèles » agissent, en quelque sorte, comme des schémas conceptuels ou des diagrammes destinés à illustrer la complexité et la densité de l'élaboration théorique.

Selon Glaser (1978), les structures des diagrammes graphiques peuvent être comparées à celles des structures moléculaires. Ces schémas peuvent être très détaillés, reconnaissant les différentes composantes par des symboles distincts et identifiant les

liens par d'autres symboles spécifiques. La structure de la modélisation peut prendre une forme concentrique, par exemple, en mettant une catégorie unique (et donc très importante) au centre de toute l'analyse, ou elle peut prendre une autre forme (binaire, trinaire, voire en 3D, etc.). Cela peut également inclure des schémas très basiques, tels que les matrices sous la forme d'un tableau à double entrée (Glaser, 1978).

En outre, Strauss et Corbin (1998) décrivent les schémas conceptuels ou les diagrammes comme étant des « mémos visuels » pouvant être perfectionnés ou très simples.

Par ailleurs, c'est au cours du codage axial qu'une première modélisation peut être élaborée afin de représenter visuellement les relations découvertes entre les catégories et d'en faciliter la compréhension (Laperrière, 1997, p. 320). Schreiber (2001) ajoute que les diagrammes constituent des outils précieux pour soutenir le chercheur dans l'élaboration de son analyse et la définition des relations qui apparaissent entre les catégories.

3.4.12.2 Application dans notre recherche

Dans notre étude, la modélisation a constitué une approche permettant d'établir de manière tangible les relations entre les concepts à travers des graphiques. Étant donné que les données contenaient de nombreux détails, le processus de modélisation a facilité un examen plus conceptuel de l'analyse et a permis de définir clairement les relations découlant des catégories. Au cours de notre processus méthodologique, nous avons traduit cette progression en créant divers diagrammes qui montrent la complexité et l'intensité de la contribution théorique liée à notre sujet d'étude (Plouffe & Guillemette, 2012, p. 107). Dès le début de notre analyse, et jusqu'à la toute fin, nous avons confronté les mémos et le système de codage aux données empiriques. En parallèle, la mise à jour de nos modélisations se faisait graduellement en fonction de l'avancement de l'analyse, ce qui a facilité notre écriture de la théorie émergente.

L'Appendice (C et G) illustre divers exemples de modélisations graphiques élaborées durant l'analyse, ce qui facilite la visualisation des différentes composantes de l'expérience communicative entre la sage-femme et la mère lors des CPN. Ces schématisations ont permis de passer d'un ensemble épars de codes et de catégories à une architecture conceptuelle cohérente, susceptible d'éclairer la compréhension du phénomène étudié. Loin d'être un simple artifice de présentation, elle s'inscrit au cœur même du processus de théorisation, comme une médiation entre la richesse des données empiriques et l'élaboration progressive d'un modèle théorique enraciné.

3.4.13 Écriture de la recherche

3.4.13.1 En théorie

L'écriture est une démarche qui s'effectue tout au long du projet, à travers la rédaction des mémos, des éléments théoriques et du rapport d'analyse final.

Les mémos

Les mémos représentent la documentation écrite des idées du chercheur. Ils sont élaborés progressivement à mesure que l'analyse progresse et tout au long du processus de recherche, du début à la fin (Charmaz, 1983; Corbin & Strauss, 1990; Glaser, 1978; Schreiber, 2001). Par ailleurs, les mémos offrent l'opportunité de consigner l'analyse, d'apporter des éclaircissements concernant les décisions du chercheur relatives aux concepts, aux liens entre les codes, ainsi qu'aux épisodes d'échantillonnage théorique, etc. (Charmaz, 1983; Pidgeon, 1991). Les mémos sont également utilisés pour documenter le progrès de la construction théorique expliquant, par exemple, comment le recours aux écrits scientifiques a été effectué ou comment les idées préconçues du chercheur ont été mises de côté (Charmaz, 2004; Schreiber, 2001). Ils ont une grande importance parce qu'ils donnent la possibilité de retracer les démarches méthodiques du chercheur. À mesure qu'il rédige des mémos, le chercheur a une ouverture de les considérer comme des données additionnelles dans son analyse. Il peut les coder, les

comparer, s'en inspirer pour écrire de nouveaux mémos, etc. (Charmaz, 1983; Corbin & Strauss, 1990).

De plus, certains des mémos plus théoriques peuvent être utiles pour la formulation des énoncés. Au cours du processus d'analyse, les concepts se métamorphosent graduellement en énoncés qui constituent des éléments cruciaux de la théorie rédigée (Strauss et Corbin, 1998).

Les énoncés

Laperrière (1997) souligne que les concepts se concrétisent en énoncés et, par conséquent, la théorie se développe progressivement tout au long du processus d'analyse. En s'appuyant sur ses mémos et énoncés, le chercheur compose un document provisoire en choisissant d'abord les mémos qui contiennent des énoncés théoriques et plus denses; puis, les autres mémos pertinents (Charmaz, 2004; Strauss & Corbin, 1998). Ce projet de texte élaboré à partir des mémos s'inspire du système d'organisation hiérarchique existant dans son analyse et des éléments présents dans les diagrammes de sa modélisation.

Le rapport final

Il faut souligner que la rédaction du rapport constitue aussi un acte d'analyse avant de se réduire à une simple consignation des résultats d'analyse (Strauss, 1987). Cette rédaction se fait dans la même logique inductive du lien avec les données. Concrètement, dans le rapport, on trouve les résultats de l'analyse ou de la compréhension du chercheur, mais toujours en lien avec les données empiriques, par exemple, en mettant des extraits des entretiens (Plouffe, 2011). Le chercheur peut aussi faire le lien entre des parties du rapport et les modélisations qu'il a produites. L'exposition de ces sections du rapport a pour fonction de permettre au lecteur de suivre la construction graduelle de la théorisation.

Pour la rédaction d'une première version du rapport final, le chercheur choisit les mémos contenant des énoncés, puis les autres mémos pertinents (Charmaz, 2004;

Strauss & Corbin, 1998). À partir de ces mémos, il rédige un texte provisoire dont la structure est influencée par le système catégoriel hiérarchisé présent dans son analyse ou par ce qui se trouve dans les modélisations.

Globalement, l'écriture consiste à poursuivre l'établissement des relations entre les concepts, à développer la clarification des liens logiques entre les énoncés, à persévérer dans la construction des interprétations, à continuer d'ajuster la théorie aux données empiriques et à préciser les multiples aspects du phénomène (Charmaz, 2004).

3.4.13.2 Application dans notre recherche

Tout au long de l'analyse, l'écriture a constitué un outil important de la théorisation. Elle s'est matérialisée par la rédaction progressive de verbatims annotés, des codes, des mémos, des énoncés, du journal de la chercheuse et de fiches de synthèse. Chacune de ces formes d'écriture a contribué à documenter le raisonnement analytique et à soutenir l'émergence progressive des catégories conceptuelles. Ainsi, durant la réalisation de notre recherche, du début à la fin, nous avons rédigé notre rapport en utilisant des mémos et des énoncés théoriques.

De manière pratique, comme nous l'avons fréquemment exposé, dès les premières étapes du codage, l'écriture des codes et des mémos a constitué un véritable outil analytique permettant de conserver la trace du raisonnement émergent, d'expliciter les interprétations provisoires et de soutenir la conceptualisation progressive du phénomène étudié.

Par exemple, lors de notre analyse, plusieurs codes ont été rédigés comme « information sur la grossesse » (explication des signes de danger et des examens physiques et obstétricaux), « attitudes de la sage-femme » (écoute attentive, confiance, empathie), « compréhension du message » (langage médical traduit en terme simple, parfois la sage-femme utilise la langue locale), « barrières linguistiques ou éducatives » (non-maîtrise du français, absence d'interprète), « autorité familiale » (peur de s'ouvrir

comme en parle Bella lors d'un suivi prénatal chez une mère avec une grossesse non désirée). Si le codage a constitué l'étape centrale de l'analyse des données, le développement théorique a reposé essentiellement sur la rédaction et l'exploitation de mémos. Quelques exemples de mémos : sur le code « la communication comme espace de réassurance », des mémos analytiques ont été élaborés. « Les participantes ont insisté sur l'importance de rassurer les mères, surtout les primigestes. Cela rejoint la notion de communication empathique et de l'écoute active (Rogers, 1980) ». Ainsi, la théorie émergente est que la réassurance constitue une stratégie relationnelle pertinente qui dépasse la simple transmission d'informations biomédicales. Sur le code « usage des supports numériques », nous avons rédigé le mémo suivant. « Lors des suivis prénatals, certaines participantes utilisent WhatsApp ou le téléphone pour maintenir le lien avec les mères en dehors de l'espace clinique. Ce phénomène, peu documenté et peu développé dans le contexte gabonais, semble élargir l'espace interactionnel au-delà du centre de santé ».

Un autre mémo a été rédigé sur la confiance comme pivot relationnel. En effet, le terme « confiance » revenait de manière récurrente dans les échanges et apparaît comme un concept sensibilisateur (Blumer, 1954) qui structure l'ensemble de la relation entre la sage-femme et la mère. L'analyse suggère que la confiance conditionne non seulement l'adhésion aux conseils prénatals, mais aussi la disposition des mères à partager des informations personnelles ou sensibles.

Le mémo sur la satisfaction des sages-femmes face au devoir accompli vient du discours des participantes qui ont rapporté ressentir une satisfaction professionnelle quand une mère suit les recommandations données et vit une grossesse sans complication. Ce sentiment de « travail bien accompli » semble constituer une motivation intrinsèque qui compense parfois le manque de ressources structurelles.

De plus, les participantes, comme Bella et Norine ont souligné que certaines mères exprimaient leur gratitude après l'accouchement ou lors des visites postnatales, parfois en l'accompagnant de dons symboliques (exemple, un pagne). Cette pratique culturelle

au Gabon peut être interprétée comme une reconnaissance de la valeur du travail accompli. Elle rejoint les travaux sur la satisfaction maternelle en périnatalité, qui ne se limite pas à l'aspect médical, mais inclut aussi la reconnaissance sociale et émotionnelle (Srivastava et al., 2015).

Ces mémos, considérés comme des outils réflexifs, ont permis de dépasser la simple description des données pour amorcer un processus de théorisation enracinée (Charmaz, 2014; Corbin & Strauss, 2015). Ils ont servi à questionner les relations entre les codes, à explorer les conditions d'émergence du phénomène à l'étude et à proposer des pistes interprétatives provisoires, constamment révisées au fil de l'analyse. La rédaction de mémos a ainsi facilité l'articulation progressive entre les propos recueillis auprès des sages-femmes et des considérations théoriques plus larges issues de la littérature sur la communication en santé.

Dans cette recherche, l'écriture n'a jamais consisté une étape distincte de l'analyse. Elle en a été un prolongement permanent, permettant de préciser les catégories émergentes, d'approfondir leurs propriétés, d'établir leurs relations et de soutenir l'élaboration progressive de la théorisation enracinée. De plus, la production d'une fiche de synthèse des résultats de l'analyse, annexée à l'Appendice F, a constitué un outil méthodologique précieux. En effet, elle a facilité une meilleure appropriation et interprétation des résultats par les participantes elles-mêmes, renforçant ainsi la validité interprétative de l'étude (Lincoln & Guba, 1985). L'intégration de leurs retours a permis d'enrichir l'analyse en cours d'écriture, en apportant des nuances supplémentaires sur la manière dont les données étaient perçues et comprises par les participantes. Ce processus de va-et-vient constant entre analyse et écriture confirme l'idée que, dans une démarche de théorisation enracinée, l'analyse ne se termine pas au moment du codage, mais qu'elle se poursuit et se densifie à travers la rédaction elle-même (Charmaz, 2014). Ainsi, la rédaction devient un prolongement du travail de théorisation, permettant à la fois de clarifier les catégories émergentes, de les relier

entre elles et de les mettre en dialogue avec les écrits scientifiques pertinents, et ce, jusqu'à la toute fin du projet.

3.4.14 Intégration de la théorie

3.4.14.1 En théorie

L'intégration théorique représente l'une des étapes les plus décisives du processus de théorisation enracinée, puisqu'elle permet de passer d'une analyse fragmentée, organisée en codes, catégories, mémos, comparaisons, à la conceptualisation globale capable de rendre compte de la complexité du phénomène étudié (Charmaz, 2014; Corbin & Strauss, 2015).

3.4.14.2 Application dans notre recherche

Dans cette recherche portant sur le vécu communicationnel prénatal entre les sages-femmes et les mères au Gabon, l'intégration théorique ne s'est pas limitée à une opération finale de synthèse. Elle s'est construite progressivement tout au long du processus analytique, alimentée par les retours répétés aux données, aux comparaisons constantes, à la rédaction des mémos théoriques et à la révision progressive des modèles graphiques. Cette intégration a reposé sur un double mouvement. Le premier consistait à articuler, regrouper et densifier les codes et les catégories issus des données empiriques. Le second visait à établir progressivement des liens entre ces catégories afin de construire une compréhension plus globale du vécu communicationnel prénatal. Les différentes situations rapportées par les participantes ont ainsi été interprétées non comme des expériences isolées, mais comme les composantes interdépendantes d'un même processus communicationnel.

Ce travail a permis de passer d'une analyse initialement fragmentée, constituée de nombreux codes descriptifs, à une organisation conceptuelle plus cohérente. Les catégories ont été précisées selon leurs propriétés, leurs conditions d'émergence, les

actions ou interactions qui leur étaient associées et leurs conséquences sur la relation entre la sage-femme et la mère. L'intégration théorique a ainsi contribué à mettre en évidence les articulations entre les dimensions relationnelles, corporelles, cognitives, organisationnelles et numériques du vécu communicationnel prénatal.

Réduction progressive et densification des catégories

Au fil de l'analyse, les codes initiaux, nombreux, descriptifs et fragmentés, ont été progressivement comparés, regroupés et réorganisés en catégories plus conceptuelles. Cette opération ne visait pas à réduire la richesse des données, mais à en dégager les significations centrales et les relations structurantes selon la logique d'intégration décrite par Charmaz (2014). Elle a été soutenue par la révision continue des systèmes de codes, la rédaction de mémos analytiques, le réajustement des modèles graphiques (voir Appendice D) et la rédaction itérative des textes provisoires.

Ainsi, les codes relatifs à l'écoute attentive, à l'empathie expressive, au non-jugement, à la disponibilité et à la prise en compte des préoccupations maternelles ont été intégrés à des catégories plus englobantes portant sur les attitudes communicationnelles des SF. De même, les codes comme les interactions difficiles, la surcharge de travail, au manque de temps ou aux contraintes institutionnelles, ont contribué à préciser les conditions organisationnelles susceptibles de limiter la qualité de la communication prénatale.

Les inquiétudes maternelles, la présence de signes de danger, le besoin d'explications, les ruptures de suivi et les situations nécessitant une continuité communicationnelle ont, quant à eux, été regroupés dans des catégories relatives aux situations qui motivent ou prolongent la communication entre la sage-femme et la mère. Cette densification a permis de dépasser une simple juxtaposition de codes pour faire apparaître les principales dimensions du phénomène étudié.

Ajustement continu des modèles graphiques

L'intégration théorique s'est appuyée sur une révision continue des modèles graphiques élaborés à l'aide de *Xmind.* Chaque nouvel éclairage conceptuel, qu'il s'agisse d'une barrière (qualité du français) ou d'un avantage (satisfaction d'un travail bien accompli), d'une stratégie (recours à une interprète), d'une interaction (toucher thérapeutique) ou d'une conséquence (adhésion complète à la CPN), conduisait à une mise à jour progressive des schémas conceptuels.

Initialement, les modèles plaçaient le vécu communicationnel prénatal au centre du processus de codification (ouvert, axial et sélectif). Ce positionnement analytique, après plusieurs retours aux données, a permis de dégager une interaction au cœur du dispositif, révélant ainsi une communication coconstruite entre la sage-femme et la mère. Cette approche rejoint les travaux de Mishler (1984), selon lesquels la consultation ne constitue pas un acte purement technique, mais un espace narratif dialogique, dans lequel des discours biomédicaux et des récits expérientiels se rencontrent. De ce fait, les modèles graphiques ont évolué vers une configuration dynamique plus large rendant visible la complexité des interactions prénatales.

Cette évolution graphique a accompagné la construction théorique en permettant de visualiser progressivement les liens entre les dimensions relationnelles, organisationnelles, cliniques et numériques du phénomène. Les modèles finaux rendent ainsi compte de la complexité du vécu communicationnel prénatal et de l'interdépendance des dimensions qui la composent (voir Appendice G).

Retour constant aux données brutes : validation et consolidation des catégories

Le retour systématique aux données brutes a constitué une étape importante du processus d'intégration. Chaque révision conceptuelle, qu'il s'agisse d'une catégorie, d'une relation conceptuelle ou d'un modèle théorique, a été systématiquement confrontée aux verbatims des participantes selon le principe des comparaisons constantes (Glaser & Strauss, 1967). Ces retours répétés aux données ont permis de

vérifier l'ancrage empirique des interprétations, d'en préciser les limites et de consolider progressivement les catégories émergentes.

Exemples : « l'attitude positive ».

Au départ, l'attitude positive semblait découler uniquement de l'attitude de la sage-femme, mais la comparaison constante a révélé que certaines mères restaient davantage positives lorsqu'elles se sentaient écoutées et rassurées pendant la consultation. Cela était récurrent pour une primigeste. D'autres, multipares, attendaient surtout une validation rapide de leur propre interprétation, alimentée par des maternités antérieures.

La « communication conditionnée par l'affluence », entraînant une surcharge de travail, a été manifestée dans plusieurs verbatims des participantes. Une première lecture laissait croire que la communication était relativement stable selon les professionnelles. Mais le retour aux données a mis en évidence que le niveau d'affluence modulait fortement la longueur des explications, le temps accordé aux questions et la possibilité d'ouvrir un espace d'écoute. Ainsi Norine avait relaté que : « *quand il y a dix mères qui attendent dehors, je fais au plus vite, je donne l'essentiel* ».

La « clarification répétitive », intégrée dans la catégorie plus large de « l'écoute expressive » était, initialement, associée au fait de reformuler les consignes en consultation. Mais les retours aux données ont montré qu'elle répondait à des contextes différents, par exemple, la répétition pour rassurer des mères anxieuses ayant reçu plusieurs consignes divergentes à propos du même symptôme, la répétition pour contrer les conseils contradictoires donnés par des proches, la répétition pour corriger des informations circulant sur les réseaux sociaux. Ainsi, Bella a affirmé : « *je dois reprendre la même explication trois fois, parce qu'elle me dit : Mais ma belle-mère dit que…ou bien ma copine a vu sur un site que …* ».

La catégorie s'est élargie pour refléter le caractère multisource de l'écoute expressive.

Ce processus de validation continue a assuré la cohérence interne du modèle, en clarifiant les conditions dans lesquelles chaque modèle apparaît, l'ancrage empirique

des catégories, chacune reposant sur des extraits multiples et convergents, l'harmonisation des relations entre conditions, actions/interactions, conséquences, ainsi que la solidité du modèle final, grâce à l'intégration de nuances plus fines tirées directement des verbatims comme sa finalité perçue pour assurer les résultats maternels et infantiles optimaux. Chaque version provisoire du processus analytique a donc fait l'objet d'une relecture rigoureuse des verbatims, permettant de vérifier la fidélité des interprétations au vécu exprimé par les participantes et d'éviter toute théorisation déconnectée du terrain. Ce processus circulaire s'est poursuivi jusqu'aux dernières retouches du manuscrit, illustrant l'immersion profonde dans des données, immersion qui caractérise les démarches rigoureuses de théorisation enracinée.

Intégration orientée vers l'émergence du modèle explicatif unifié

Progressivement, les relations entre les catégories se sont organisées autour d'un noyau intégrateur centré sur la communication prénatale. Cette structuration a conduit à l'émergence de l'approche holistique intégrative combinant la communication numérique et l'interaction en présentiel entre sage-femme-mère lors des CPN (AHICP), élaborée à partir des données empiriques plutôt qu'à partir d'un cadre théorique prédéfini.

L'intégration des catégories a mis en lumière la complémentarité des différentes modalités communicationnelles (présentielles, corporelles, numériques), la diversité des besoins communicationnels exprimés par les mères ainsi que les stratégies interactionnelles déployées par les sages-femmes. L'approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP) émergente, permet de rendre compte de la complexité du vécu communicationnel prénatal dans différents contextes clinique, relationnel et organisationnel. L'AHICP constitue ainsi l'aboutissement du processus de théorisation enracinée. Elle résulte de l'intégration progressive des catégories, des

propriétés, des mémos analytiques, des comparaisons constantes et des retours continus aux données, solidement ancrée dans les expériences rapportées par les participantes.

Émergence de l'approche intégrative de la communication prénatale

L'approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP) s'est progressivement dégagée du processus d'analyse comme réponse aux constats récurrents issus des données empiriques. Les comparaisons constantes, les retours successifs aux verbatims, les mémos analytiques ainsi que l'intégration progressive des catégories ont mis en évidence que le vécu communicationnel prénatal ne pouvait être expliqué par une seule dimension de la communication.

Par exemple, les participantes rapportent que « les mères cherchent un accompagnement qui tient compte, simultanément de leurs corps, de leurs émotions, de leur compréhension cognitive, de leurs réalités organisationnelles et de leur rapport au numérique ». Les sages-femmes, de leur côté, ajustent continuellement leurs pratiques communicationnelles selon les besoins des mères, les réalités organisationnelles des services de santé, les contraintes cliniques et les possibilités offertes par les technologies numériques. Cette dynamique d'adaptation a progressivement conduit à la conceptualisation d'un modèle intégrateur qui articule les dimensions relationnelles, corporelles et numériques, cognitive et collaboratives de la communication prénatale.

Ainsi, L'AHICP n'est pas une construction théorique élaborée *à priori*, mais le résultat direct du processus de théorisation qui représente l'aboutissement de l'intégration continuelle des catégories émergentes et offre une conception particulière du vécu communicationnel prénatal des sages-femmes dans le contexte gabonais.

Gravitation des vécus autour du modèle intégrateur

Le processus d'intégration théorique a permis de mettre en lumière la richesse et l'interdépendance des différents vécus ou dimensions constitutives du vécu communicationnel prénatal. L'analyse a montré que ces dimensions ne fonctionnent pas de manière isolée, mais s'organise autour d'un même noyau intégrateur, révélant la nature multidimensionnelle de la communication entre les sages-femmes et les mères.

Cinq dimensions principales se sont progressivement dégagées de l'analyse :

1. *Vécu de la communication centrée sur la mère (dimension relationnelle)*

Il est marqué par l'écoute, la validation émotionnelle, l'ajustement culturel et la présence relationnelle. Ce vécu traduit l'importance accordée à la réassurance, à la sollicitude et à la validation de l'expérience maternelle.

2. *Vécu des soins prodigués à la mère (dimension corporelle)*

Il dépasse la seule dimension verbale pour inclure les gestes cliniques, le toucher thérapeutique, les postures attentives, où le corps devient un médium de communication et un espace de vulnérabilité.

3. *Vécu de la communication fondée sur les preuves (dimension cognitive)*

Il comprend les explications cliniques, l'éducation prénatale, la justification des décisions médicales et la transmission d'informations fiables. Ce vécu permet de situer les interactions dans un cadre scientifique, sécuritaire et compréhensible.

4. *Vécu de la communication collaborative (dimension collaborative)*

Il renvoie au travail interprofessionnel, au partage d'informations et à la coordination des soins. Il est essentiel pour répondre aux préoccupations complexes des mères et des familles et assurer la continuité des soins.

5. *Vécu du numérique (dimension numérique)*

Il inclut les échanges téléphoniques, WhatsApp et autres outils numériques comme prolongement de la relation thérapeutique et d'un accompagnement plus flexible, tout en révélant leurs possibilités et leurs limites.

L'intégration progressive de ces dimensions a été rendue possible grâce à une transparence méthodologique rigoureuse. Les outils analytiques, les systèmes de codage évolutifs, la comparaison constante, les arbres conceptuels, les mémos analytiques ont servi non seulement au traitement des données, mais aussi à la mise en cohérence des multiples dimensions du phénomène. Ils ont permis de dévoiler la logique interne de la communication prénatale dans ce contexte : un phénomène dynamique et multidimensionnel, dans lequel les sages-femmes ajustent continuellement leurs pratiques en fonction des réalités cliniques, organisationnelles, culturelles, relationnelles et numériques rencontrées sur le terrain.

Réintégration critique des cadres théoriques

L'intégration finale s'est appuyée sur un dialogue critique entre les catégories émergentes et les cadres théoriques mobilisés. En cohérence avec les principes de la méthodologie de la théorisation enracinée, cette mise en relation n'avait pas pour objectif de *« faire entrer les données »* dans des théories préexistantes, mais plutôt d'utiliser ces dernières comme des ressources interprétatives permettant d'enrichir la compréhension du phénomène Charmaz (2014).

Ainsi, les perspectives phénoménologiques, de l'interactionnisme symbolique, du *caring* et des approches communicationnelles ont permis d'éclairer différentes dimensions de la communication prénatale. Elles ont contribué à comprendre davantage la place du corps dans la relation de soins, la coconstruction des significations entre la sage-femme et la mère, la dimension relationnelle du caring ainsi que les mécanismes dialogiques qui soutiennent la communication clinique. Cette réintégration théorique a renforcé la cohérence conceptuelle de l'approche holistique

intégrative de la communication prénatale sage-femme-mère (AHICP) tout en préservant son ancrage empirique. Les développements théoriques détaillés de ces rapprochements seront présentés dans le chapitre consacré à la discussion.

Apport théorique global

L'ensemble du processus d'intégration a conduit à l'élaboration d'une théorie contextualisée de la communication prénatale, directement enracinée dans l'expérience des sages-femmes gabonaises. Au-delà d'une simple description des pratiques cliniques, cette théorisation met en évidence la communication prénatale comme un processus dynamique, multidimensionnel et adaptatif, où s'articulent les dimensions relationnelles, corporelles, cognitives, collaboratives et numériques.

Cette démarche a conduit à la découverte de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP), qui constitue la contribution théorique originale de cette recherche. Ce modèle propose une compréhension intégrée des interactions entre les sages-femmes et les mères, en tenant compte simultanément des réalités cliniques, organisationnelles, culturelles et technologiques propres au contexte gabonais.

L'émergence de cette approche résulte d'un processus analytique itératif fondé sur les principes de la théorisation enracinée, combinant codage ouvert, axial et sélectif, comparaisons constantes, rédaction des mémos, modélisations progressives et retour aux données. Chacune de ces étapes a contribué à densifier progressivement la conceptualisation jusqu'à la stabilisation du modèle final.

3.5 RESPECT DES NORMES ÉTHIQUES

L'énoncé de l'éthique de la recherche avec des êtres humains – EPTC 2 (2022) a guidé les principes éthiques de cette recherche. Dans l'ensemble des institutions et organismes comme l'Université du Québec à Trois-Rivières, le consentement éclairé,

l'évaluation des risques et des avantages pour les participants, la confidentialité des données recueillies sont reconnus comme des normes éthiques importantes. Ainsi, notre recherche a été menée dans le respect des principes éthiques fondamentaux : le consentement libre et éclairé de nos participantes, la confidentialité et l'anonymisation, le respect des participantes, la transparence des intentions de recherche et la réflexivité éthique continue. Nous avons veillé à ce que les participantes aient la possibilité de solliciter plus d'informations si elles le jugeaient nécessaire ou de se retirer à tout moment. Les données ont été traitées de manière confidentielle et utilisées exclusivement à des fins de recherche. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CER) de l'UQTR, numéro de certificat : CER-23-301-07.30. Sa durée était d'une année et son renouvellement d'une année n'a été fait qu'une seule fois.

3.5.1 Consentement éclairé

Pour que le consentement soit éclairé et librement exprimé par les participantes, nous avons pris le temps de fournir aux participantes toute l'information nécessaire sur l'objet de la recherche et ses différentes composantes. D'abord, un courriel de présentation de la chercheuse et du projet avait été envoyé aux participantes ainsi que le formulaire d'information et de consentement.

Avec ces documents, elles connaissaient les thématiques susceptibles d'être discutées lors des conversations, de même que ce qui leur était demandé en ce qui concernait le temps approximatif à investir pour leur participation. De plus, elles ont été avisées qu'elles pouvaient solliciter des éclaircissements ou de nouveaux renseignements.

Aussi, les participantes ont été informées qu'elles pouvaient se désister à tout moment de la recherche sans avoir besoin de fournir une raison quelconque. Elles pouvaient aussi décliner la signature du formulaire de consentement après en avoir pris connaissance.

Enfin, au niveau des conversations par WhatsApp, les participantes avaient une grande liberté de consentement puisqu'elles pouvaient facilement ne pas répondre si elles le voulaient. En effet, dans un entretien en personne, la répondante subit une certaine pression par le fait que l'intervieweur attend sa réponse en silence. Par le biais de WhatsApp, la participante n'est pas soumise à cette pression. Par exemple, nous avons attendu que les participantes remplissent et signent le formulaire et que celui-ci soit en notre possession avant de poursuivre avec des questions sans leur mettre la pression.

Précisions sur les risques et les avantages

Les risques étaient minimes, essentiellement liés aux communications numériques. Les principaux avantages pour les participantes étaient une meilleure connaissance de leurs pratiques professionnelles, la possibilité de partager librement leur expérience, la valorisation de leur expertise professionnelle et la contribution à l'amélioration des pratiques en communication prénatale.

3.5.2 Confidentialité

Pendant la durée du projet de recherche, plusieurs précautions ont été prises pour répondre au critère de confidentialité. En ce qui concerne nos données, elles ont été recueillies, puis anonymisées et n'ont aucun identifiant direct. Les audios, collectés par WhatsApp, ont été transcrits par la chercheuse sans suppression de renseignements contextuels. Toutefois, les participantes aux conversations ne pourront pas être identifiées, car tous les noms propres qu'elles pouvaient renfermer ont été remplacés par des pseudonymes. Une fois la transcription textuelle initiale terminée, elle a été sauvegardée et transmise sous forme de transcription « complète » sans aucun identifiant direct ou indirect. Par la suite, elle a été nommée et versionnée comme une transcription « maîtresse ».

Les données collectées ont été stockées en toute sécurité dans notre espace de projet de recherche et ne sont accessibles qu'à la chercheuse elle-même. L'accès à la plateforme (données) a été protégé par un mot de passe sécurisé dont la chercheuse est la seule détentrice.

Pour ce qui est de l'entrée des données dans le logiciel *NVivo*, nous avons employé des codifications composées qui soient d'une lettre, soit des trois premières lettres des pseudonymes. Ces changements de version n'étaient connus strictement que par la chercheuse. La confidentialité constitue un engagement incontournable. La chercheuse a garanti :

- L'anonymisation systématique des données;
- Le stockage sécurisé des enregistrements et des transcriptions;
- La destruction des données se fera selon les exigences éthiques institutionnelles;

Le retrait de tout élément permettant d'identifier les participantes ou leurs lieux de travail.

Précisions sur le stockage et la conservation des données

Les données ont été stockées dans une clé USB verrouillée, conservée dans un coffre sécurisé connu uniquement de la chercheuse. Conformément aux exigences institutionnelles, les données seront conservées pendant une période de cinq ans suivant la fin du projet, puis détruites de manière sécuritaire.

Cette protection confère aux participantes une sécurité psychologique essentielle pour aborder des aspects sensibles du vécu communicationnel, qu'il s'agisse de difficultés relationnelles, de pratiques professionnelles complexes ou de sentiments de vulnérabilité.

Précisions sur la confidentialité et rôle du fils

Pour des raisons strictement logistiques, une personne de confiance a assuré la transmission du formulaire d'information et de consentement auprès des participantes et de la chercheuse. Cette personne, le fils de la chercheuse, un adulte responsable, a

uniquement servi de médiateur logistique et n'a eu accès ni aux données de recherche, ni aux verbatims, ni aux analyses produites, et s'est engagé formellement à respecter la confidentialité des informations transmises. Son intervention s'est limitée au soutien administratif nécessaire à la mise en œuvre de la collecte des données.

Ainsi, cette vigilance éthique a permis d'assurer la crédibilité et l'intégrité des résultats présentés dans le chapitre suivant.

CHAPITRE IV RÉSULTATS

Ce quatrième chapitre présente les résultats issus de l'analyse inductive réalisée selon la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). Les résultats répondent progressivement à la question générale de recherche suivante: comment les sages-femmes gabonaises vivent-elles et construisent-elles la communication prénatale dans leurs interactions avec les mères, et quels sens attribuent-elles à ces pratiques professionnelles dans le contexte particulier du suivi prénatal au Gabon?

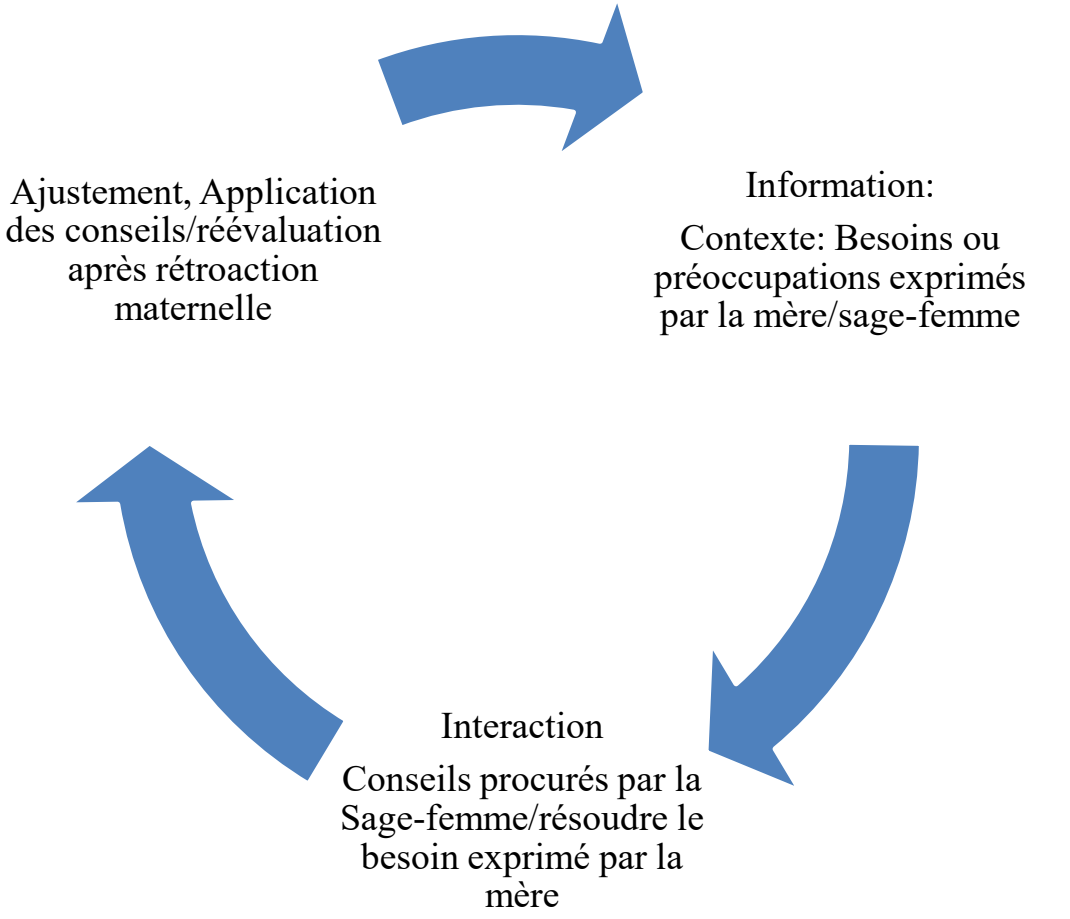
Dans une perspective enracinée, cette étude ne visait pas uniquement à décrire les pratiques communicationnelles, mais à comprendre le processus dynamique par lequel les interactions entre les sages-femmes et les mères se construisent, s'ajustent et prennent sens dans leur contexte d'exercice.

Afin de faciliter la lecture, les résultats sont organisés selon les quatre objectifs spécifiques de l'étude. Les catégories et sous-catégories émergentes sont présentées à l'intérieur de chacun de ces objectifs conformément à la logique inductive de théorisation enracinée, allant de l'identification des contextes et des modalités communicationnelles, à l'analyse des facilitateurs, des obstacles et des leviers d'amélioration, avant leur intégration dans un modèle explicatif contextualisé.

4.1 Première catégorie émergente : vécu des situations contextuelles motivant la communication prénatale entre les sages-femmes et les mères.

Le premier objectif spécifique visait à identifier la diversité des situations vécues qui motivent la communication prénatale entre les sages-femmes et les mères. Cette catégorie a mis en évidence que les situations qui motivent la communication prénatale sont multiples et s'inscrivaient dans des dynamiques différenciées dépendantes du contexte clinique, organisationnel, mais aussi relationnel selon l'initiatrice de

l'échange. Ces situations constituent les contextes dans lesquels se construit le vécu communicationnel prénatal.



Figue 4 : *Représentation d'un diagramme cyclique situationnel de la communication sage-femme/mère lors des contacts*

Cette représentation souligne que la communication prénatale observée ne suit pas une logique linéaire de transmission d'informations. Elle s'organise plutôt selon un processus interactionnel circulaire dans lequel chaque dialogue génère une rétroaction susceptible de transformer la suite de l'interaction. L'information exprimée par la mère

ou la sage-femme déclenche une réponse adaptée, laquelle conduit à une harmonisation continue des pratiques communicationnelles. Cette dynamique témoigne d'une communication coconstruite où les décisions communicationnelles évoluent constamment en fonction des réalités de l'autre actrice.

4.1.1 SITUATIONS CLINIQUES ORIENTANT LE VÉCU DE LA COMMUNICATION PRÉNATALE : *COMMUNICATION MODULÉE*

Le premier ensemble de résultats met en évidence que les situations cliniques ne constituent pas uniquement le cadre dans lequel se déroule la communication prénatale; elles en représentent le principal moteur.

4.1.1.1 Situations cliniques vécues par les sages-femmes

Les résultats de recherche ont montré que les situations de communication vécues par les sages-femmes se déployaient sur un continuum allant de l'interaction institutionnalisée et prescrite (consultations prénatales, activités de conseil) à des pratiques plus souples et contextuelles (appels téléphoniques, conversation par WhatsApp, SMS, visites à domicile). Ils ont révélé également une adaptation pragmatique des sages-femmes, qui ajustaient leurs modes de communication en fonction de la situation clinique, des besoins spécifiques des mères et des cadres institutionnels dans lesquels elles évoluaient. En pratique, la majorité des situations de communication se déroulait dans les milieux hospitaliers. Ces interactions couvraient un large éventail d'activités cliniques et éducatives comme : l'anamnèse, l'examen physique et obstétrical, les examens biologiques et radiographiques, les prescriptions médicales et les conseils préventifs. Ainsi, Norine, Florine et Bella ont expliqué leur implication dans des séances d'éducation sanitaire portant, entre autres, sur l'hygiène de la mère enceinte, les méthodes préventives du paludisme pendant la grossesse,

l'usage de la moustiquaire imprégnée à longue durée d'efficacité (MILDE), de l'administration de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) par exemple. Comme l'a noté Bella : *« Ces conseils sont essentiels, car ils permettent aux mères de mieux comprendre pourquoi ces mesures sont nécessaires et d'adhérer plus facilement ».*

Par ailleurs, d'autres résultats ont montré que certaines situations particulières entraînaient les sages-femmes à instaurer ou prolonger la communication au-delà du centre de santé, introduisant ainsi des pratiques complémentaires. Par exemple, les appels téléphoniques étaient généralement motivés par des raisons organisationnelles telles que le rappel d'un rendez-vous, la reprogrammation d'une consultation ou la clarification d'un élément clinique particulier. Sierra a expliqué que ces gestes ont toujours été précédés d'un accord explicite avec la mère : *« Je préfère demander son numéro et lui dire que je pourrai l'appeler si c'est nécessaire. Cela a évité des malentendus et instauré un climat de confiance ».* Florine pour sa part a souligné qu'elle attendait systématiquement le consentement de la mère avant de la joindre : *« Je ne prenais pas cette liberté sans qu'elle ait dit oui. C'est une question de respect et de confidentialité ».*

Ainsi, nous avons compris que la diversité des situations vécues traduit la flexibilité et l'adaptabilité des sages-femmes, qui mobilisent leurs modes de communication en fonction des besoins singuliers des mères et des circonstances contingentes par exemple, urgence, disponibilité, qualité du réseau, rôle du conjoint, etc.). Cette catégorie ouvre donc sur une compréhension amplifiée de la communication prénatale, perçue comme un espace dynamique où chaque interaction est située, contextualisée et porteuse d'une signification propre.

Le moment opportun comme propriété émergente de la communication prénatale

Les résultats de recherche ont montré que les sages-femmes attachaient une importance particulière à l'identification du moment opportun pour instaurer une conversation significative avec les mères. En effet, la temporalité de l'échange influence non seulement la réception du message, mais également la qualité de l'adhésion aux

conseils prodigués. Pour Dorine, le moment idéal pour aborder certaines questions sensibles, notamment avec les mères enceintes séropositives, était celui où la mère se montrait plus « *détendue et réceptive ».* Elle préférait « *prendre le temps nécessaire* » pour transmettre des informations complètes et assurer une prise en charge individualisée. Ce vécu met en lumière la nécessité d'une communication adaptée à l'état émotionnel et psychologique de la mère. Et Florine en parle ainsi : « *le moment idéal, c'est quand la mère se sent en confiance. Là, elle parle de ses peurs, même celles qu'elle cache à sa famille* ».

Bella, pour sa part, souligne que : « *La CPN constituait le moment favori de la communication, parce que la mère est vraiment disponible, attentive et demandeuse d'explications sur les transformations de son corps et le développement de son enfant ».*

Ces rencontres offrent une temporalité structurée où la communication devient un acte intégré à la prise en charge, garantissant une meilleure adhésion aux suivis.

Par ailleurs, la temporalité idéale ne se limitait pas uniquement aux CPN, mais inclut certains moments de la grossesse. Plusieurs récits ont montré que les moments de doute ou d'inquiétude à domicile, souvent liés à des symptômes nouveaux ou inattendus, constituaient aussi des instants critiques où la communication avec la sage-femme prend tout son sens. Norine a renchéri par exemple qu'une mère l'avait sollicitée un soir par WhatsApp pour exprimer une inquiétude face à une douleur abdominale persistante : « *Elle m'a écrit tard le soir pour dire qu'elle avait peur de perdre son bébé. Ce n'était pas pendant une consultation, mais pour elle, c'était le moment où elle avait besoin d'être entendue* ». Notre compréhension de ce verbatim indique que la temporalité idéale est définie par l'expérience subjective de la mère, qui associe la communication à un besoin immédiat de réassurance et d'orientation. Enfin, d'autres vécus, rapportés par Laurianne, élargissaient le moment idéal à des contextes de communication collective. Par exemple, les campagnes de sensibilisation menées dans les centres de santé maternelle et infantile, les séances d'information, d'éducation et de communication (IEC/CCC) constituaient des espaces où les mères recevaient des conseils structurés sur des thématiques de santé sexuelle et reproductive. Elle

souligne : « *Quand on parle en groupe, les mères se sentent concernées. Après la séance, certaines venaient me dire : maintenant, j'ai compris pourquoi la moustiquaire est importante* ». Dans ce contexte, le moment idéal n'est plus lié seulement à l'individu, mais à une planification institutionnelle, inscrite dans une feuille de route annuelle et visant un renforcement des connaissances communautaires.

Ainsi, les différents récits montrent que le « moment opportun » ne renvoie pas à une période chronologique fixe de la grossesse, mais constitue une véritable propriété émergente de la communication prénatale. Ce qui rend un moment propice à l'échange n'est pas uniquement sa planification dans un calendrier de suivi, mais la convergence entre les besoins exprimés par la mère, sa disponibilité émotionnelle, la nature de la situation clinique et le jugement professionnel de la sage-femme.

L'analyse révèle que la temporalité de la communication est continuellement négociée dans l'interaction. Les consultations prénatales, les épisodes d'inquiétude vécus à domicile, les appels téléphoniques, les échanges par WhatsApp ou encore les activités communautaires deviennent autant de temporalités communicationnelles pertinentes lorsqu'elles répondent à un besoin réel de compréhension, de réassurance ou d'accompagnement.

Cette propriété émergente conduit à conceptualiser le moment opportun comme une temporalité communicationnelle adaptative. Celle-ci ne dépend pas uniquement du cadre institutionnel, mais de la capacité de la sage-femme à reconnaître le moment où la mère est la plus disponible à recevoir, comprendre, partager et intégrer les informations nécessaires à son suivi prénatal.

4.1.1.2 Situations cliniques de communication vécues par les mères, rapportées par les sages-femmes

À la suite de l'analyse du discours rapporté par les sages-femmes, le recours à la communication à distance (téléphone ou par WhatsApp) par les mères pour interagir

avec les sages-femmes reste marginal. Lorsqu'elles étaient confrontées à une situation imprévue ou préoccupante, leur premier réflexe était de se rendre physiquement vers une structure sanitaire afin d'obtenir une rencontre directe avec la sage-femme ou tout autre professionnel soignant en santé reproductive. Ce choix témoigne de la valeur accordée au contact en présentiel, perçu comme plus rassurant et garant d'une meilleure qualité de prise en charge.

Toutefois, les participantes ont mentionné que certaines mères amorçaient des appels téléphoniques uniquement dans un cadre balisé par une entente préalable avec la sage-femme. Celle-ci peut, par exemple, leur transmettre son numéro personnel et les autoriser à la contacter à tout moment en cas de besoin. Ces échanges ne sont donc pas spontanés, mais encadrés par une relation de confiance et de disponibilité établie au préalable. Les motifs fréquemment évoqués pour justifier ces appels renvoyaient à des situations précises du suivi prénatal. Parmi celles-ci, se retrouvaient : l'expression d'une préoccupation particulière, la justification d'un rendez-vous manqué, la recherche d'explications supplémentaires sur un sujet particulier abordé lors du contact. L'analyse montre que l'initiative maternelle ne relève pas d'un recours spontané ou systématique aux outils numériques, mais comme une stratégie relationnelle mobilisée lorsqu'un besoin particulier ne peut être satisfait immédiatement dans le cadre habituel des consultations prénatales. Les communications à distance reposent sur une relation de confiance préalablement établie avec la sage-femme. La décision d'entrer en communication dépend ainsi de la situation clinique, de l'urgence perçue, des modalités convenues entre les interlocutrices et de la disponibilité de la professionnelle. Ainsi, cette catégorie souligne que la communication prénatale se construit dans une dynamique de réciprocité où les mères deviennent progressivement actrices de leur suivi.

L'âge gestationnel comme repère structurant de la communication prénatale

Il ressort de notre analyse que l'âge gestationnel est vécu comme une référence fondamentale structurant la communication entre la sage-femme et la mère où les

trajectoires prénatales sont marquées par une diversité de pratiques. Les participantes ont rapporté que : « les primipares (une mère qui accouche pour la première fois), découvrant pour la première fois les transformations corporelles liées à la grossesse, commençaient plus souvent la communication que les multipares. Elles questionnaient les sages-femmes sur des symptômes ou des ressentis nouveaux, perçus comme inquiétants. À l'inverse, Bella a précisé qu'il existait une tendance récurrente chez certaines multipares à retarder la communication et l'initiation des consultations prénatales. Ayant déjà vécu une expérience de grossesse, elles considéraient pouvoir différer le suivi à partir du cinquième mois, ce qui constituait une forme de négligence. Ce décalage temporel est lourd de conséquences, car même dans une situation de multiparité, chaque grossesse demeure unique et comporte son propre lot de risques et d'imprévus. C'est précisément cette unicité qui fonde l'importance d'une communication régulière et adaptée, la sage-femme ajustant ses protocoles thérapeutiques à chaque situation singulière. De ce point de vue, l'âge gestationnel devient un outil clinique, mais aussi communicationnel qui permet d'ancrer les conversations et des conseils en fonction d'une temporalité précise.

Quant à Sierra, demander la date des dernières menstrues (DDR) pour calculer l'âge gestationnel constituait une pratique essentielle, non seulement pour orienter la prise en charge, mais aussi, pour décider par exemple, d'une référence vers une structure sanitaire plus spécialisée en cas de complications majeures. Ainsi, l'âge gestationnel ne se réduisait pas à une donnée biomédicale, mais agissait comme un vecteur de dialogue, offrant à la mère des outils pour comprendre son état et adopter des comportements appropriés. Et pour Florine, l'identification de l'âge gestationnel est vécue comme une dimension pédagogique et préventive. Pour elle, l'examen clinique et les recommandations étaient plus ciblés en fonction de l'âge de la grossesse. Elle citait à titre d'exemple, la supplémentation martiale dès le premier trimestre pour prévenir l'anémie. À travers ces échanges, la période gravidique devient alors un support d'éducation à la santé, renforçant la responsabilité des mères et la co-construction d'un suivi sécurisé.

En définitive, l'analyse montre que l'âge gestationnel dépasse sa seule fonction biomédicale pour devenir une propriété structurante de la communication prénatale. Il organise les contenus des échanges, oriente les décisions cliniques et module les stratégies éducatives des sages-femmes tout au long de la grossesse. Les participantes soulignent également *une forme de tension* entre l'expérience acquise de certaines multipares, susceptibles de retarder l'entrée dans le suivi, et la nécessité d'un accompagnement précoce et continu. De ce fait, l'âge gestationnel constitue un repère communicationnel partagé, permettant de contextualiser les échanges, de renforcer l'appropriation des conseils et de soutenir la coconstruction d'un suivi prénatal sécuritaire et adapté aux besoins des mères.

Le vécu de la grossesse désirée dans la communication prénatale

Nos résultats montrent que la désirabilité de la grossesse modelait également la qualité des échanges. Les grossesses planifiées ou attendues s'accompagnaient généralement d'un engagement plus précoce de la mère dans le suivi, ce qui se traduisait par une prise de contact rapide avec la sage-femme ou le recours direct aux services de santé. Sierra en mentionnait dans son verbatim que : « *la primipare qui attendait depuis longtemps un bébé appelait dès l'absence des menstrues et parfois peut poser un geste de façon autonome, comme faire le test de grossesse, ou une échographie afin d'avoir la confirmation de sa grossesse, ou bien pour prendre un rendez-vous de début de la consultation prénatale* ».

Ce comportement proactif souligne une volonté participative à la CPN et à la place de la communication dans ce processus évolutif dès la confirmation de la grossesse.

Dans le cas des grossesses non désirées, l'écart se creuse davantage en fonction des contextes de fragilisation sociale et familiale. Comme l'a expliquée Dorine : « *la mère célibataire qui se voit porter une grossesse non voulue verrait ses chances de scolarisation s'amoindrir* ».

Ainsi, le vécu de la grossesse - désirée ou non – impacte fortement la manière dont les mères initient et investissent la relation communicationnelle avec les sages-femmes,

les enjeux qui en découlent relèvent autant de la sécurité obstétricale (accès précoce et continu aux soins) que de l'accompagnement psychosocial (réassurance, valorisation, soutien émotionnel). La communication prénatale se présente ainsi comme un outil essentiel pour transformer le désir de grossesse en un vecteur de responsabilisation, et pour atténuer, dans le cas contraire, les risques de marginalisation et de négligence maternelle.

Ainsi, la désirabilité de la grossesse, loin de constituer un simple contexte personnel, module l'engagement de la mère dans le suivi, la nature des conversations et les stratégies communicationnelles mobilisées par les sages-femmes. L'analyse a montré que les grossesses désirées favorisaient une implication précoce et une communication proactive, tandis que les grossesses non désirées s'accompagnaient plus souvent de vulnérabilités psychologiques nécessitant un accompagnement communicationnel renforcé. Cette catégorie met donc en lumière que la qualité de la communication repose sur la reconnaissance du vécu singulier de chaque grossesse, faisant de la désirabilité un déterminant communicationnel qui oriente un accompagnement prénatal personnalisé.

Le vécu de la grossesse compliquée ou à risque dans la communication prénatale

Les résultats montrent que les grossesses compliquées ou à risque constituent des contextes de forte intensité communicationnelle. Dans ces situations, la communication dépasse la transmission d'informations cliniques pour devenir un levier de sécurisation, de coordination interprofessionnelle et de soutien émotionnel. Les récits de Bella, Dorine, Florine, Norine et Sierra révèlent que l'incertitude clinique transforme profondément la manière dont les sages-femmes ajustent leur posture communicationnelle. Florine disait : « *j'envoie souvent les mères enceintes ayant des grossesses à risque auprès des spécialistes afin que la prise en charge soit faite à temps* ».

Son récit d'une rupture prématurée des membranes ou *« perdu des eaux »* à 32 semaines d'aménorrhées (32SA), a montré que le risque obstétrical transforme la

communication en un mécanisme d'anticipation clinique. L'échange verbal devient un outil de prévention permettant d'orienter rapidement les décisions thérapeutiques et d'assurer la continuité des soins.

Quant à Norine, ces situations confrontaient parfois la sage-femme à ses propres limites émotionnelles : « *parfois, il me manque des mots pour soutenir vraiment la mère* ».

Les situations à haut risque ne mettent donc pas uniquement la mère à l'épreuve; elles sollicitent également les ressources émotionnelles et professionnelles des sages-femmes. La communication apparaît ici comme une pratique réflexive dans laquelle la recherche d'appuis auprès des collègues participe elle-même au processus de prise en charge.

Sierra, pour sa part a exposé la nécessité de créer un climat de confiance où la mère se sentait libre à poser toutes ses questions : « *je les invite à me parler sans crainte, car le plus important est de diminuer le risque ou de trouver la solution situationnelle* ».

Elle a noté la dimension collaborative des suivis complexes, rappelant que les grossesses à risque imposaient une coordination entre plusieurs spécialistes : « *pour les mères qui avaient de l'hypertension gravidique, la prise en charge se faisait simultanément entre le médecin traitant l'HTA, la mère et la sage-femme qui surveillait l'évolution de cette grossesse* ».

Ces situations révèlent que la communication ne constitue pas un acte individuel, mais un processus collectif de coordination. L'écoute, la concertation interprofessionnelle et la circulation rapide de l'information deviennent des conditions indispensables pour sécuriser simultanément la mère, le fœtus et l'équipe soignante.

En somme, les grossesses compliquées ou à risque révèlent une propriété fondamentale du vécu communicationnel prénatal : plus l'incertitude clinique augmente, plus la communication devient un mécanisme de régulation. Elle ne vise plus seulement à informer, mais à réduire l'incertitude, à soutenir la mère, à coordonner les interventions professionnelles et à favoriser des décisions cliniques sécuritaires. Le risque apparaît ainsi comme un modulateur de la communication prénatale, conduisant les sages-femmes à adopter une posture plus collaborative, plus empathique et davantage

orientée vers l'anticipation. Dès lors, la communication reste un dispositif de sécurisation clinique et relationnelle, dont la fonction évolue au rythme de la complexité des situations rencontrées.

4.1.1.3 Le vécu communicationnel en situation d'urgence

Les résultats de notre analyse montrent que le vécu communicationnel prend une dimension particulière lorsqu'il se vit en contexte d'urgence. Les appels téléphoniques reçus ou émis en situation critique où le pronostic vital est engagé ne relèvent pas uniquement d'un transfert d'information médicale, ils constituent de véritables espaces de régulation émotionnelle, de prise de décision rapide et de coordination des soins. Selon les propos de Dorine, un appel urgent émis par une mère en début de grossesse (trois mois) à la suite de saignements légers a mobilisé une prise en charge immédiate. Elle a souligné avoir conseillé : *« Restez calme, madame. Je vous conseille d'aller immédiatement à l'hôpital, je vais prévenir l'équipe pour qu'elle vous attende.* »

Ce récit montre que, dans l'urgence, la communication devient une interface de médiation clinique. La sage-femme ne se limite plus à donner un conseil, mais assure la continuité à domicile, dans les structures de soins et les différents acteurs impliqués dans la prise en charge.

Pour Bella, l'appel en situation d'urgence survient souvent à distance d'un rendez-vous prévu, lorsque la mère est confrontée à une situation imprévisible. Elle a rapporté le cas d'une mère à six mois de grossesse présentant des saignements associés à une hypertension artérielle : « *je lui ai conseillée de se rendre immédiatement à l'hôpital rencontrer le gynécologue et la mère a aussitôt suivi son conseil ».*

Ce verbatim souligne que la communication téléphonique est un instrument d'anticipation organisationnelle. Elle permet simultanément d'orienter la mère, de préparer l'équipe d'accueil et de réduire le délai entre l'alerte et la prise en charge. La parole agit ainsi comme un levier de sécurisation du parcours de soins.

Une autre expérience rapportée par Bella concernant la découverte d'une toxoplasmose illustre également la dimension psychologique de l'appel urgent. En effet, pendant la

grossesse, la toxoplasmose constitue un risque de transmission fœtale pouvant entraîner des malformations congénitales. Face à l'angoisse de la mère et de son conjoint, Bella a adopté une posture d'écoute et de réassurance *: « Ne vous inquiétez pas, je comprends vos craintes. Je vais vous expliquer ce que cela signifie et nous allons organiser rapidement une prise en charge adaptée ».* Au-delà de l'information médicale, ce récit montre que l'appel urgent devient un espace de régulation émotionnelle. L'écoute, l'explication et la réassurance contribuent à transformer l'angoisse initiale en une adhésion plus sereine aux décisions thérapeutiques.

Pour Sierra, il s'agissait d'une mère enceinte à 32 semaines d'aménorrhée (SA) qui ressentait des douleurs importantes. C'est pourquoi Sierra s'était exprimée dans ces termes *: « Cela peut annoncer un accouchement prématuré. Je préfère que vous alliez rapidement à l'hôpital pour un examen complet* ».

Dans cette situation, l'urgence n'est plus uniquement définie par les signes cliniques, mais aussi par la capacité de la communication à reconnaître précocement le risque et à déclencher une réponse adaptée. La qualité des informations recueillies conditionne directement la pertinence de l'orientation clinique.

Les propos de Norine soulignent enfin que l'efficacité de la communication d'urgence repose autant sur les outils numériques que sur les compétences relationnelles des sages-femmes. Les technologies facilitent les échanges, mais c'est l'écoute clinique qui permet de recueillir les informations pertinentes, de soutenir les familles et de maintenir la confiance dans un contexte d'incertitude.

En somme, les situations d'urgence de la communication prénatale soulignent sa capacité de reconfiguration immédiate face au risque. Lorsque l'état clinique se dégrade, la communication cesse d'être un simple échange d'informations pour devenir un dispositif de régulation clinique permettant d'évaluer simultanément la gravité de la situation, de coordonner rapidement les ressources disponibles, de soutenir la mère et d'assurer la continuité des soins.

4.1.1.4 Le vécu communicationnel lors du suivi PTME

Notre analyse a mis en évidence une catégorie singulière de situation communicationnelle liée au suivi des mères vivant avec le VIH dans le cadre du programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA (PTME). Ces récits montrent que la communication s'identifie comme un véritable dispositif de continuité thérapeutique, de soutien psychosocial et de protection de la confidentialité, trois dimensions essentielles à l'adhésion au suivi et à la prévention de la transmission mère-enfant.

C'est dans ce cadre que Dorine, sage-femme référente PTME, relatait son expérience : *« j'avais l'obligation d'appeler régulièrement ces mères, non seulement pour leurs rappeler leur rendez-vous, mais aussi pour m'assurer qu'elles prenaient bien leurs ARV. Parfois, si je voyais que la mère avait des difficultés à venir, je me déplaçais moi-même à domicile, avec son accord ».* Ce récit indique que le téléphone devient un acte de soin qui assure la continuité thérapeutique, favorise l'observance du traitement et réduit les risques liés aux interruptions du suivi. Comme elle le souligne : *« certaines m'appelaient pour me demander si j'allais être présente à la consultation. C'était très important pour elles, car elles voulaient garder leur statut confidentiel. Elles ne voulaient pas tomber sur une autre sage-femme qui ne connaissait pas leur situation ».* Ce second récit mentionne l'importance de la relation de confiance et de la confidentialité. La continuité du lien avec la sage-femme référente favorise le sentiment de sécurité et renforce l'adhésion des mères au programme PTME. Sierra, pour sa part, a évoqué la difficulté émotionnelle de ces échanges : *« certaines mères pleuraient au téléphone, surtout quand elles venaient d'apprendre leur statut. Dans ces cas-là, je devais d'abord écouter longtemps, calmer leurs peurs, avant même de parler des médicaments ».* De par ce verbatim, nous avons compris que la communication téléphonique impliquait une écoute empathique, indispensable pour surmonter l'angoisse et la discrimination associées au VIH. Avant même d'aborder les traitements, la sage-femme accueille la souffrance, apaise les inquiétudes et crée les conditions favorables à l'engagement thérapeutique.

De plus, la coordination interservices reposait également sur cette communication téléphonique, Dorine a souligné que : *« quand j'étais en CPN, j'appelais ma collègue en salle d'accouchement pour la prévenir qu'elle allait recevoir Mme X. Je devais aussi vérifier après l'accouchement que le sirop ARV avait bien été administré au bébé »*. Ce récit illustre que la communication assure également la coordination entre les différents services impliqués dans la prise en charge. Le téléphone est vécu comme un outil de liaison, d'anticipation d'intervention et de prévention des ruptures. Il témoigne du rôle essentiel du téléphone dans la fluidification du suivi médical, en permettant d'anticiper la prise en charge et d'éviter toute rupture dans la continuité des soins.

Les participantes soulignent toutefois que cette communication s'exerce dans un contexte marqué par de nombreuses contraintes organisationnelles, notamment les ruptures de stock d'ARV, les insuffisances matérielles et les limites du plateau technique. Ces difficultés génèrent une tension permanente entre leur engagement professionnel et les ressources effectivement disponibles, les obligeant à rechercher continuellement des solutions pour maintenir la continuité des soins.

Par ailleurs, Dorine a formulé ces propos : *« Il faudrait organiser plus de séminaires, renforcer les capacités, et ne pas mettre l'aspect pécuniaire au centre de l'offre de soins. J'aimerais aussi qu'on aille davantage vers les populations, par exemple, en impliquant les chefs de quartiers ou les représentants religieux. Une population bien formée adhère plus facilement aux soins ».* Ces propositions traduisent la volonté des participantes de renforcer une communication communautaire, fondée sur la sensibilisation des populations, le développement des compétences professionnelles et l'implication des leaders communautaires afin d'améliorer durablement l'adhésion au programme PTME.

Ainsi, le vécu communicationnel dans le contexte PTME souligne une fonction élargie de la communication prénatale. Celle-ci ne se limite plus au soutien clinique individuel, mais devient un dispositif de coordination thérapeutique, de maintien de la confidentialité, d'accompagnement psychosocial et de médiation entre les différents acteurs du parcours de soins. Malgré les contraintes structurelles, les sages-femmes

mobilisent la communication comme une ressource essentielle pour préserver l'adhésion thérapeutique et sécuriser la santé de la mère et de l'enfant. Cette catégorie montre ainsi que, dans les situations de vulnérabilité, la communication constitue une véritable pratique de soin.

	Tranche d'âge					
	<15ans	**15-19ans**	**20-24ans**	**25-49ans**	**50 ans et +**	**TOTAL**
Nombre total de femmes enceintes ayant fait le test du VIH	171	7575	12233	26023	28	**46030**
Nombre total de femmes enceintes dépistées VIH+	1	120	354	1348	20	**1843**
Nombre total de femmes enceintes dépistées VIH+ mises sous TAR (1)	1	90	270	951	4	**1316**
Nombre total de femmes enceintes dépistées en salle de travail/accouchement	0	2	26	38	1	**67**

Comme l'illustre le tableau 4, issu de la version préliminaire (draft) de l'annuaire statistique 2021 des activités de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA (PTME) permet de contextualiser les expériences rapportées par les participantes et d'illustrer l'importance de ce programme dans la prise en charge des mères enceintes vivant avec le VIH au Gabon. Dans ces contextes cliniques, les sages-femmes mobilisent une communication particulièrement modulée, sensible, empathique et rassurante afin de soutenir l'adhésion thérapeutique et la continuité des soins. Dans l'ensemble, ces résultats montrent que la nature de la situation clinique façonne les modalités de la communication prénatale.

1.2.1 Situations organisationnelles influençant la communication prénatale : *communication contrainte*

4.1.2.1 Conditions de travail affectant le vécu communicationnel prénatal

Les participantes décrivent des conditions organisationnelles qui limitent la qualité de la communication prénatale. Elles évoquent notamment la surcharge de travail, les horaires prolongés, le manque de reconnaissance des heures supplémentaires ainsi que l'insuffisance de ressources matérielles. Selon Florine, la rupture de consommables oblige parfois les sages-femmes à interrompre les consultations pour rechercher du matériel, ce qui réduit le temps consacré aux conversations avec les mères.

Norine souligne que les visites à domicile, pourtant jugées utiles pour assurer le suivi de certaines mères, ne sont pas officiellement autorisées. Bella mentionne également que les difficultés de connexion limitent les possibilités de communication avec les femmes en dehors des consultations.

Les participantes rapportent aussi que certaines procédures administratives, les temps d'attente prolongés et le manque d'infrastructures ralentissent la prise en charge et retardent les échanges. Elles décrivent l'installation progressive d'une routine organisationnelle qui laisse moins de place à l'écoute, à la personnalisation des conseils et aux activités éducatives.

Par ailleurs, Florine et Norine regrettent que leur formation initiale ait essentiellement porté sur les compétences obstétricales, sans préparation spécifique à la communication interpersonnelle ou numérique. Elles souhaitent l'intégration d'enseignements consacrés à la communication dans la formation des sages-femmes afin de renforcer leurs compétences relationnelles et d'améliorer l'accompagnement des mères**.**

Ainsi, les résultats montrent que les contraintes organisationnelles ne limitent pas uniquement les conditions de travail des sages-femmes; elles influencent directement la qualité de la relation soignante, en réduisant le temps disponible pour l'écoute, l'accompagnement et la continuité de la communication prénatale.

Insuffisances dans l'organisation de l'accueil des mères dans les formations sanitaires (FOSA)

Comme souligné par nos participantes, l'organisation de l'accueil dans les FOSA constitue un déterminant majeur de la qualité de la communication prénatale. Elles évoquent des temps d'attente prolongés, un manque de personnel, des insuffisances d'infrastructures ainsi que des procédures administratives qui retardent la rencontre entre la mère et la sage-femme. Selon Bella, ces contraintes organisationnelles représentent une véritable limite à la qualité des consultations prénatales et de certains services de santé.

Pour Florine, les démarches administratives réalisées dès l'arrivée des mères réduisent le temps consacré à la rencontre et retardent l'instauration de la relation de confiance. Elle décrit également l'installation d'un protocole d'activités qui diminue le temps disponible pour l'écoute, les conseils individualisés et les activités d'éducation prénatale.

Dans le même sens, Sierra considère que certaines routines institutionnelles deviennent des freins à la créativité professionnelle et à l'ouverture relationnelle envers les mères. Comme elle l'exprime, ces pratiques standardisées limitent la possibilité d'adapter la communication aux besoins particuliers de chaque mère.

En somme, l'analyse a montré que les insuffisances organisationnelles dépassent les seules contraintes administratives. Elles influencent directement la qualité de l'accueil, réduisent le temps consacré à l'écoute et fragilisent la relation thérapeutique, pourtant essentielle à une communication prénatale de qualité.

Limites organisationnelles de l'accompagnement global des mères

Les participantes soulignent que l'organisation actuelle des soins limite la possibilité d'assurer un accompagnement global et continu des mères tout au long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Selon Laurianne, les modalités d'organisation des services ne permettent pas qu'une même sage-femme accompagne la femme durant l'ensemble de son parcours, ce qui fragilise progressivement la relation de confiance.

La mère est contrainte à *« subir en quelque sorte ».* Bella estime pourtant que la continuité de l'accompagnement par une même professionnelle favoriserait une meilleure communication, une connaissance plus fine des besoins de la mère et une prise en charge plus personnalisée. Dans la pratique, la succession de plusieurs intervenantes entre les consultations prénatales, l'accouchement et le post-partum crée des ruptures relationnelles qui nuisent à la continuité des soins. À l'inverse, Dorine rapporte que le programme PTME prévoit l'identification des sages-femmes référentes à différentes étapes du parcours de soins. Bien que cette organisation ne garantisse pas toujours une même professionnelle tout au long du suivi, elle facilite néanmoins la coordination des interventions et contribue à maintenir une certaine continuité thérapeutique.

Le non-recours aux consultations prénatales complètes

Les participantes rapportent que le non-recours aux consultations prénatales complètes constitue une limite importante à la communication et à la continuité du suivi. Il se manifeste par l'abandon total ou partiel des consultations, des examens complémentaires ou des rendez-vous recommandés, compromettant ainsi la qualité de la prise en charge.

Les causes évoquées sont multiples et Norine en parle comme une forme de négligence de certaines mères qui rencontraient des situations de précarité financière. Pour Bella, certaines mères ne prennent pas souvent conscience de la nécessité de faire tous les contacts surtout quand elles se sentaient bien pendant la grossesse. Pour Dorine, le manque de moyen de déplacement ou le manque d'argent était l'une des raisons évoquées par les mères qu'elle rencontrait et qui n'arrivaient pas à se présenter lors des rendez-vous planifiés. Par ailleurs, elle a vu beaucoup de mères qui n'arrivaient pas à faire les examens complémentaires recommandés comme les échographies obstétricales et les bilans biologiques entre leurs dates de rendez-vous. Les mères se retrouvaient obligées de les annuler, voire de les abandonner au risque de leur santé. Quant à Norine, le non-recours aux huit contacts actuels est un réel problème qui

impacte son rendement. Elle en parle comme d'*un handicap* dans la gestion des rendez-vous en CPN. De plus, les mères qui vivent dans les zones éloignées rencontraient des difficultés de transport, surtout lors de la période des fortes pluies, pour réaliser les CPN de manière régulière, ce qui compromettait la continuité des soins et occasionnait plus de risques chez la mère et son bébé. Pour Sierra, ces situations traduisent également un déficit d'information et de sensibilisation des futures mères quant à l'importance d'un suivi prénatal régulier. Elle insiste sur la nécessité de renforcer les activités d'éducation et de promotion de la santé afin de favoriser l'adhésion aux huit contacts recommandés. Elle dit que « *c'est normal. Les mères ne sont pas suffisamment informées de certains changements. Il faut juste intensifier les activités de partage d'informations sur l'importance des huit contacts ».*

Ainsi, les résultats montrent que le non-recours aux consultations prénatales résulte de l'interaction entre des facteurs individuels, socioéconomiques et organisationnels. Cette situation compromet la continuité de la communication entre la sage-femme et la mère, réduit les possibilités de prévention et augmente les risques maternels et néonatals.

Insuffisances des séances de préparation à la naissance

Les résultats ont souligné que la préparation à la naissance demeure insuffisamment structurée dans les formations sanitaires gabonaises. Les informations sont généralement transmises au fil des consultations prénatales et l'insuffisance des séances spécifiquement dédiées à la préparation de la naissance et à la parentalité favorise une perte de suivi en continu.

Selon Bella, cette organisation limite particulièrement l'implication des conjoints, souvent réduits au rôle d'observateurs. Elle estime que des séances destinées au couple permettraient de mieux préparer les futurs parents à la grossesse, à l'accouchement et à l'accueil du nouveau-né.

Norine considère également que l'absence d'une préparation systématique fragilise les mères lorsqu'elles sont confrontées à des situations imprévues, telles qu'un

accouchement prématuré ou précipité. Elle souligne que ces séances devraient être intégrées dans l'ensemble des structures sanitaires afin de mieux préparer les familles aux différentes éventualités de la grossesse.

Dans le même sens, Sierra a observé que le manque de préparation à la naissance contribue au faible engagement des conjoints dans le suivi de la grossesse. L'absence d'espaces éducatifs destinés aux couples limite leur participation et réduit leur implication dans l'accompagnement de la future mère.

Ainsi, les résultats montrent que les insuffisances des séances de préparation à la naissance dépassent la simple transmission d'informations. Elles limitent l'éducation prénatale, réduisent l'implication des conjoints et fragilisent la préparation des familles à la parentalité. La préparation à la naissance apparaît dès lors comme un levier essentiel pour renforcer la communication prénatale, la participation familiale et la continuité de l'accompagnement.

1.2.2 Situations interactionnelles influençant le vécu communicationnel prénatal

1.2.2.1 Interactions difficiles vécues par les sages-femmes et les mères

L'analyse des récits a mis en évidence que le vécu communicationnel des sages-femmes ne se construit pas uniquement dans la relation dyadique avec la mère, mais au sein d'un réseau d'interactions impliquant d'autres professionnels de santé, les proches, les accompagnateurs ainsi que divers contextes sociaux et culturels. Cette pluralité d'acteurs transforme la communication prénatale en un processus relationnel complexe, exigeant des ajustements constants de la part des sages-femmes.

Par exemple, Norine a évoqué les tensions vécues avec un pédiatre qui l'avait blâmée pour avoir réalisé un accouchement prématuré sans son accord au préalable. Elle précisait toutefois que : *« ce dernier est difficilement joignable dans la nuit et c'est à ce moment-là que cette situation s'était produite »,* révélant ainsi une dynamique institutionnelle plus large, où les contraintes organisationnelles et l'indisponibilité des

professionnels spécialisés peuvent rendre les interactions plus lourdes et générer des malentendus. Ce type de situation expose non seulement les fragilités du système de collaboration interprofessionnelle, mais aussi la solitude décisionnelle dans laquelle les sages-femmes se retrouvent parfois, surtout dans les moments critiques.

Barrières de la langue française

Les résultats ont montré que les communications entre les sages-femmes et les mères étaient profondément façonnées par les barrières linguistiques, qui surgissent tant dans la maîtrise limitée du français que dans l'utilisation du jargon médical ou dans l'emploi des thèmes sensibles. Pour Norine, l'incompréhension naît souvent lors des échanges en face-à-face avec certaines mères peu scolarisées ou issues de communautés amies, ouest-africaines, en particulier. Incapables de saisir pleinement les explications en français, ces mères entraînent parfois un blocage dans la consultation, obligeant la sage-femme à solliciter un parent ou une accompagnatrice pour jouer le rôle d'interprète. En effet, Norine disait que *« pour les mères qui n'arrivaient pas à comprendre ce que je dis, il arrivait que j'interpelle les parents de la mère en question pour expliquer la situation qui nous mettait en désaccord ou une incompréhension ».* Cette interprète était parfois un parent ou une accompagnatrice de son choix pour mieux expliquer ses dires soit en langue vernaculaire, soit en langue de leur choix. Cette médiation permet de restaurer le dialogue, mais elle peut aussi transformer un moment intime en situation exposée, rendant l'échange plus délicat.

Quant à Sierra, l'utilisation du jargon médical à certains moments était un blocage à la bonne compréhension de ses propos. Elle se trouvait parfois dans l'obligation de le dire autrement pour être comprise, mais avouait que ce n'était pas facile. Elle souhaitait se former pour trouver « *de bons mots en quelque sorte ».*

Pour Dorine, parler de sexualité et surtout du VIH était vraiment « *un chalenge »* dans son quotidien. Elle disait qu'il arrivait que « les mots me manquent et je me sentais impuissante face à la situation ». Dans cet exemple, on voit qu'il arrive que le sujet qui fait l'objet d'échange soit en lui-même source d'incompréhension.

Par ailleurs, il était fréquent de rencontrer certaines mères qui parlaient dans leur langue maternelle surtout lors des déplacements dans certaines localités du territoire et cela donnait « *du fil à retordre »* aux sages-femmes qui doivent improviser, s'appuyer sur des tiers ou recourir à la communication gestuelle pour maintenir le fil de l'interaction. Ainsi, les barrières linguistiques dépassent largement la simple difficulté de traduction. Elles modifient la dynamique interactionnelles, ralentissent la coconstruction du sens, transforment les rapports de confiance et exigent les sages-femmes à développer des stratégies permanentes de reformulation, de médiation et d'adaptation afin de préserver la qualité et l'humanité de la communication prénatale.

Difficulté à converser lors des situations de deuil périnatal

Les résultats de l'étude ont montré que les sages-femmes reconnaissent une insuffisance de repères de compétences communicationnelles adaptées lorsqu'elles doivent accompagner une mère vivant un deuil périnatal. En effet, même si certaines mères tentent d'offrir des paroles de soutien ou de réconfort, plusieurs constatent un manque d'outils pour accompagner véritablement la mère dans la traversée du deuil, dans la reconstruction émotionnelle et dans la reprise de forces.

Pour Laurianne, le vécu du deuil était « tellement triste » qu'il était difficile de trouver la bonne posture relationnelle face à cette situation aussi inattendue qu'indésirée. Lorsqu'elle a dû soutenir une mère endeuillée à la suite d'une grossesse arrêtée, elle s'est efforcée de prodiguer des conseils tout en lui soulignant le bien-fondé d'un bon suivi de grossesse susceptible de prévenir certaines complications. Toutefois, elle ajoute que dans l'instant même, son rôle semblait insuffisant face à la profondeur de la souffrance maternelle.

Pour Bella, lorsqu'elle a communiqué face à un deuil avec la mère, elle vivait des émotions fortes avec la mère et avait de la tristesse pour elle et, en même temps, elle tente de la réconforter par des paroles comme « *sois forte, ce sont des épreuves de la vie. Tu auras d'autres enfants, remets cette situation entre les mains de Dieu seul pourra te donner la force pour surmonter cette épreuve ».* Bella, comme bien d'autres

sages-femmes, aimerait trouver les mots justes pour accompagner le deuil sans moraliser ni prodiguer des conseils inadéquats.

Pour Norine, face à un décès, le défi est parfois tel que les mots lui manquent complètement. Dans ces moments, elle choisit d'offrir une présence bienveillante, exprimée à travers des phrases simples comme « *je suis là pour vous* », et en se rendant disponible pour répondre aux besoins de la mère et de sa famille. Son attitude met en lumière la valeur du silence soutenant, de la disponibilité émotionnelle et de la compassion incarnée.

Cette situation a présenté le caractère primordial que constitue la communication lors des sujets socialement sensibles. L'ouverture serait en quelque sorte de se former davantage en vue de développer des compétences communicationnelles efficaces et adaptatives à toutes les situations qui peuvent survenir dans la pratique sage-femme.

4.1.3.2 Vulnérabilités socioéconomiques et transformation des interactions communicationnelles prénatales

L'analyse a permis de souligner que les vulnérabilités socioéconomiques constituaient un facteur majeur influençant le vécu communicationnel des sages-femmes et la continuité du suivi prénatal. Ces difficultés financières rencontrées par certaines mères limitaient l'accès aux consultations, aux examens complémentaires et parfois même aux structures de soins adaptées, compromettant ainsi la qualité de la prise en charge de la grossesse, à la naissance et au suivi des soins de sage-femme. Norine racontait « *qu'elle a vécu une situation difficile de déni de la réalité parce qu'une mère présentait une menace d'accouchement prématuré si bien que les parents n'acceptaient pas que le bébé veuille venir plutôt que prévu car il se posait un problème financier. Par la suite, les parents persistaient de rester dans la petite structure moins équipée pour une bonne prise en charge du prématuré au détriment de sa santé ».*

Cette situation illustre comment les réalités économiques peuvent prendre le pas sur les impératifs cliniques et retarder des décisions pourtant essentielles à la sécurité de la mère et du nouveau-né.

Les participantes soulignaient que malgré le rôle de la caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale (CNAMGS) au Gabon, plusieurs dépenses demeurent à la charge des familles. Lorsque les ressources financières sont insuffisantes, les consultations prénatales sont retardées, espacées ou interrompues, ce qui fragilise la surveillance de la grossesse.

Pour Sierra, lorsque la mère lui disait qu'elle souhaitait reporter le début des consultations, c'est parce qu'elle rencontrait des difficultés financières pour payer les frais y afférents au suivi de CPN. De cette situation, elle exprime un sentiment d'impuissance tout en poursuivant un travail de sensibilisation visant à rappeler l'importance d'un suivi précoce afin de prévenir des complications évitables.

Quant à Bella, les difficultés économiques modifient le rythme des consultations et conduisent les sages-femmes à intensifier leurs activités d'explication, de persuasion et de prévention afin de limiter les risques d'abandon du suivi. Elle disait : *« Bon, il faut dire que je leur explique l'importance d'un bon suivi de grossesse et des inconvénients d'une grossesse mal suivie. Pour qu'elles terminent leurs CPN, je rapproche les CPN toutes les deux semaines, je demande à les voir pour mieux évaluer leurs états de santé et celui du bébé ».* Bella ajoute que *« pour certaines mères, elles font des efforts de venir, mais y a d'autres qui trainaient toujours les pas! Parfois, si elles ne terminaient pas le suivi de grossesse avec elle, elles continuaient avec une autre sage-femme ou bien elles vont attendre le moment de l'accouchement une bonne fois chez elle ».* Les participantes ont insisté enfin sur la nécessité de renforcer les activités de sensibilisation communautaire afin d'améliorer la compréhension des avantages du suivi prénatal et de favoriser l'adhésion aux consultations.

En somme, la précarité financière ou l'absence de couverture médicale influence le vécu communicationnel prénatal en modifiant le rythme et la régularité des échanges, générant un sentiment d'impuissance, de stress et de responsabilité accrue auprès des sages-femmes. Elle intensifie les communications à visée préventive, déclenchant des interactions critiques en situations urgentes, fragilisant la continuité relationnelle,

obligeant les professionnelles à adapter constamment leurs stratégies d'explication, de réassurance et de négociation afin de maintenir les mères dans le parcours de soins.

4.1.3.3 Persistance des mères *perdues de vue : rupture du lien communicationnel*

L'analyse du vécu communicationnel des sages-femmes a mis en lumière une catégorie singulière centrée sur la persistance des mères *perdues de vue*, c'est-à-dire celles qui interrompent ou abandonnent leur suivi prénatal avant la fin du parcours recommandé. Observé, aussi bien dans les structures périphériques que centrales, ce phénomène constitue un révélateur des limites de la communication prénatale et de la continuité des soins. Pour les participantes, la perte de contact avec une mère est vécue non seulement comme un échec clinique, mais aussi un échec relationnel et communicationnel. Dorine, engagée dans le suivi PTME, exprime ce sentiment avec force : « *ce sont des situations difficiles, elles n'adhèrent que le temps de la grossesse; après, on ne la revoit plus. Elle revient peut-être lors d'une prochaine grossesse si elle a survécu* ». Les raisons évoquées par les sages-femmes pour expliquer ces ruptures de suivi sont multiples : le déni du statut sérologique, la peur de la stigmatisation, l'adhésion aux narratifs religieux ou traditionnels, les difficultés financières ainsi que les contraintes de transport. Dorine a relaté ces réalités en ces termes : « *une mère que j'avais perdue de vue s'était rendue à appliquer des soins traditionnels où la tradipraticienne lui avait informée que les sorciers étaient à l'origine de sa maladie* ». Cet exemple illustre une rupture progressive du processus communicationnel, où les discours traditionnels prennent le relais des recommandations professionnelles. La désinformation, la peur et la stigmatisation replacent alors progressivement la relation de confiance construite avec la sage-femme.

D'autres participantes, comme Sierra et Bella, reliaient également ces abandons à des difficultés financières et un déficit d'information. Sierra souligne que : « *certaines mères ne font pas les huit contacts parce qu'elles n'avaient pas assez d'argent pour payer les examens comme les échographies* ». Bella, pour sa part, a relaté un manque

de sensibilisation sur les changements dans le protocole de suivi prénatal : « *beaucoup de mères n'avaient pas encore bien compris le passage de CPN4 à CPN8* ».

Ces propos ont montré que la communication prénatale insuffisante en face-à-face ou à distance, crée des zones d'incompréhension et de désengagement qui fragilisent le lien de confiance et compromettent la continuité des soins. La non-fréquence ou la discontinuité des contacts affaiblissait le sentiment de proximité entre la sage-femme et la mère, ouvrant la voie à des interprétations erronées, à la peur ou à la résignation.

Laurianne et Norine ont raconté également les conséquences cliniques dramatiques de ces ruptures de communication : accouchements à domicile, en taxi ou sans assistance. Norine disait que : « *il ne passait pas un jour sans qu'on vienne nous appeler qu'il y avait eu un accouchement dans le taxi. Je venais et je trouvais la mère avec un bébé entre les jambes. Ce n'étaient pas des expériences réconfortantes, mais heureusement que la mère et le bébé étaient en vie* ». Ces verbatims démontrent à quel point la continuité de la communication prénatale par des rappels téléphoniques, des visites de proximité ou un suivi relationnel régulier constitue une composante vitale du soin. En effet, au-delà des examens médicaux, c'est la qualité du lien communicatif qui soutient la motivation des mères à poursuivre leur suivi et à revenir aux consultations.

Comme l'a récapitulé Florine, certaines mères « abandonnent le suivi parce qu'elles ne se sentent plus véritablement accompagnées ». Au-delà des examens médicaux, c'est la qualité de la relation qui soutient leur engagement dans le parcours de soins. Cette présence relationnelle peut s'exprimer autant lors des consultations en face-à-face qu'au moyen des outils numériques (appels, messages, WhatsApp), qui permettent de maintenir le lien malgré les contraintes de distance ou d'organisation.

Au regard de ces résultats, nous pouvons dire que la persistance des mères *perdues de vue* est vécue comme l'une des manifestations les plus révélatrices des obstacles à la communication prénatale. Les données montrent que la continuité des soins dépend autant de la qualité du lien relationnel que des interventions cliniques. Plus qu'un simple échange d'informations, la communication devient une pratique du maintien du lien, de confiance, d'accompagnement et de présence. Lorsqu'elle est interrompue, ce

n'est pas uniquement le suivi médical qui se rompt, mais également la relation thérapeutique des mères au parcours de soins. Cette catégorie constitue ainsi un phénomène intégrateur reliant les dimensions cliniques, organisationnelles, sociales et numériques mises en évidence dans cette recherche.

4.1.3.4 Négociation des croyances culturelles et religieuses dans les interactions communicationnelles prénatales

Les résultats soulignent que les croyances culturelles et religieuses influencent beaucoup de familles gabonaises dans la communication avec les professionnelles de santé en général et particulièrement avec les sages-femmes. Dans certaines familles, les sujets se rapportant à la sexualité tels que l'éducation des adolescents (garçon et fille) sur la gestion du cycle menstruel, des rapports sexuels, sont appréhendés comme des *« sujets tabous* ». Et la période périnatale est caractérisée par de nombreuses croyances qui participent à l'expérience de la grossesse et au processus de parentalité. Un grand nombre de ces croyances périnatales se sont perpétuées et ont évolué au fil du temps exerçant leur influence sur le comportement des mères en interaction avec les recommandations médicales.

Le contexte gabonais est très riche par une mosaïque de religions et de cultures. Pour Florine, elle vit souvent un « *choc culturel »* en essayant de comprendre d'autres cultures et parfois de s'y adapter, surtout si elles ne compromettent pas le bien-être de la mère et de son bébé. Mais, pour Norine, certaines croyances et pratiques culturelles peuvent aussi être nuisibles pour la dyade mère-enfant donc, elles restent à bannir. En effet, des pratiques culturelles pendant la grossesse comme l'application des ocytocines indigènes (feuilles, bain de siège) peuvent affecter le déroulement d'une naissance. Norine rapporte que *« certaines attitudes à bannir comme les utilisations d'ocytocine indigènes (dosage inconnu et non contrôlé) à l'origine des hypercinésies qui peuvent causer des ruptures utérines et entraîner la mort si le diagnostic n'est pas bien fait. Elle ajoute que d'autres croyances selon lesquelles le fait de ne pas se laver accélérerait le travail en salle d'accouchement fait en sorte que certaines mères*

arrivent en salle d'accouchement sans se laver avec des odeurs très difficiles à supporter ». Pour Sierra, elle mentionnait que *« les dames ne disent pas ce qu'elles prennent ou ne parlent pas de leur statut sérologique lorsque c'est positif au VIH ».*

Il ressort également que les croyances religieuses influencent beaucoup le jugement des personnes. Dorine rapporte que « dans *son suivi des futures mères séropositives, la plupart qu'elle a perdues de vue s'étaient réfugiées dans les églises. Lors d'une visite à domicile, une mère lui disait que le pasteur a dit qu'on lui avait lancé le VIH comme un mauvais sort. Elle ne reviendrait plus à l'hôpital parce qu'elle acceptait que son pasteur lui fasse des séances de délivrance ».*

Tout ceci nous a montré que chaque contexte culturel et/ou religieux possédait ses propres subtilités qui pouvaient affecter non seulement les interactions entre la mère et la sage-femme, mais aussi, les comportements de ces deux femmes. Ainsi, compte tenu de la diversité des croyances religieuses et culturelles, il reste primordial de communiquer avec délicatesse et sans jugement de valeur afin de donner des soins et conseils appropriés.

Pour conclure, les croyances culturelles et religieuses ne constituent pas seulement un contexte de la communication prénatale; elles participent activement à la coconstruction des interactions entre la sage-femme et la mère. Elles influencent la circulation des informations, la confiance, l'adhésion aux recommandations et les décisions thérapeutiques. Dans ce contexte, la communication prénatale apparaît comme un espace permanent de négociation entre savoirs biomédicaux, expériences vécues, traditions familiales et croyances spirituelles. L'efficacité de cette communication repose ainsi sur les compétences des sages-femmes à adopter une posture interculturelle, réflexive et adaptative, conciliant respect des croyances et promotion de pratiques sécuritaires.

Dans l'ensemble, ces résultats ont montré que les situations interactionnelles en constituent pas de simples circonstances entourant la communication prénatale. Elles façonnent systématiquement le vécu communicationnel des sages-femmes en les amenant à ajuster continuellement leurs manière d'écouter, d'expliquer, de négocier,

de rassurer et d'accompagner les mères. Les interactions analysées dépassent ainsi le cadre de la transmission d'informations pour aboutir à un processus dynamique de coconstruction du sens, influencé simultanément par les caractéristiques des mères, les relations interprofessionnelles, les barrières linguistiques, les émotions, les croyances, les vulnérabilités sociales et les contraintes organisationnelles. Les compétences communicationnelles mobilisées apparaissent dès lors comme des compétences d'adaptation permanente, illustrant le caractère profondément relationnel, contextuel et évolutif de la communication prénatale. Cette capacité d'ajustement constitue l'un des fondements de l'approche holistique intégrative de la communication prénatale, dans laquelle la qualité des soins repose autant sur la maîtrise des connaissances cliniques que sur la capacité des sages-femmes à construire, maintenir et restaurer une relation de confiance malgré la complexité des situations rencontrées.

Ainsi, l'analyse des contextes a souligné un environnement complexe auquel les sages-femmes adaptent continuellement leurs compétences communicationnelles. Ces adaptations prennent différentes formes qui sont présentées dans la section suivante.

4.2 Les modalités communicationnelles mobilisées par les sages-femmes lors des consultations prénatales

Le deuxième objectif spécifique consistait à décrire les modalités communicationnelles mobilisées par les sages-femmes lors des consultations prénatales. Les résultats ont révélé une pluralité des modalités mobilisées selon les situations cliniques, les besoins exprimés par les mères et le contexte organisationnel. L'analyse a souligné que ces modalités ne sont ni figées ni exclusives; elles s'articulent de manière complémentaire afin d'assurer la continuité de la relation thérapeutique. Les données font ainsi émerger une communication qui se caractérise par sa diversité, son adaptabilité et son caractère progressivement multimodal, bidirectionnel et, dans certaines situations, bimodal.

4.2.1 Première catégorie émergente : vécu de la communication prénatale en face-à-face

La première catégorie émergente renvoie au vécu de la communication prénatale en face-à-face, modalité privilégiée des consultations prénatales par plusieurs sages-femmes participantes. Dans le contexte gabonais, cette forme de communication est couramment désignée par le terme « contact », lequel renvoie aux interactions directes établies entre la sage-femme et la mère lors des consultations prénatales. Les résultats montrent que ce mode de communication constitue le fondement de la relation thérapeutique. Il favorise les échanges, l'évaluation clinique, l'éducation à la santé et la création d'un lien de confiance indispensable au suivi de la grossesse.

Dans notre corpus, ce terme est récurrent et renvoie à la réalité la plus tangible du suivi de grossesse : la rencontre en présentiel. En pratique, ces échanges se déroulent majoritairement en milieu de soins, soit au cours d'une hospitalisation, soit lors des consultations de suivi pré, per et postnatal. Une participante illustre clairement cette dynamique en expliquant qu'elle n'entretient aucune communication numérique avec les patientes, préférant réserver ses interactions à des discussions en présentiel, dans le cadre institutionnel de son service qu'elle dirige. En la questionnant sur cette position, elle justifie son choix par sa qualité de sage-femme militaire, qui l'oblige à une stricte réserve professionnelle : « *je ne donne pas mon numéro aux mères. Mais quand elles sont hospitalisées pour des grossesses pathologiques, comme paludisme et grossesse et hypertension gravidique, deux pathologies les plus rencontrées, je prends le temps de discuter avec elles* ». Ce verbatim met en évidence l'influence du contexte institutionnel sur les modalités communicationnelles mobilisées. L'appartenance à une structure militaire encadre les pratiques professionnelles et limite le recours aux communications à distance. Les modalités de communication apparaissent ainsi étroitement liées aux normes organisationnelles, révélant que le choix d'un mode de communication ne dépend pas uniquement de la volonté de la sage-femme, mais également des contraintes propres au milieu d'exercice.

La communication en face-à-face : une modalité relationnelle multidimensionnelle

Les résultats montrent que la communication en présentiel débute dès l'accueil de la mère et se poursuit tout au long de la consultation. Elle dépasse la simple transmission d'informations en mobilisant simultanément plusieurs dimensions : verbale, non verbale, éducative, relationnelle et corporelle. Les échanges se construisent à travers la parole, le regard, les gestes, le toucher clinique, les séances d'information, l'écoute et l'accompagnement, illustrant une communication riche et intégrée.

Ces résultats s'inscrivent dans un contexte où les consultations prénatales demeurent principalement organisées autour de la rencontre en établissement de santé. Cette organisation favorise le recours au face-à-face comme modalité dominante, même si certaines participantes soulignent l'émergence progressive de dispositifs numériques venant compléter le suivi des mères.

Par ailleurs, comme le souligne une autre participante, Dorine, sur les caractéristiques des communications qu'elle a avec des mères, elle dit: *« vraiment, ce n'est pas une conversation comme des camarades pour dire que vous allez raconter quoi que ce soit. Non; tu réponds à ses préoccupations. Mme telle ou telle chose, je peux faire comment? Toi, tu donnes des orientations, si tu peux te déplacer. Si ce jour-là, tu travailles, tu lui dis : viens me trouver; je vais résoudre le problème sur place. C'est comme ça que ça se passe ».*

L'analyse des données montre que le vécu de la communication en face-à-face ne constitue pas une expérience uniforme. Trois dimensions complémentaires émergent progressivement des discours des participantes. Elles illustrent la richesse des interactions en présentiel et mettent en évidence les propriétés d'une communication qui se construit dans la réciprocité des échanges, la mobilisation simultanée de plusieurs formes d'expression et l'articulation progressive de différentes modalités communicationnelles.

4.2.1.1 Première sous-catégorie: vécu du face-à-face comme médium de communication privilégié

La communication en face-à-face est vécue par les participantes comme la modalité privilégiée des consultations prénatales. Elle favorise des échanges riches qui dépassent la simple transmission d'informations. Les sages-femmes soulignent qu'elle leur permet d'observer les expressions faciales, les gestes, les émotions et les non-dits, tout en réalisant l'examen clinique et en adaptant leurs interventions aux besoins exprimés par les mères. Cette proximité favorise une compréhension globale de la situation et soutient une prise de décision clinique contextualisée.

Pour Florine, la communication de face-à-face lui permet de regarder le faciès de la mère, de détecter les non-dits, de l'examiner séance tenante et de mieux établir la conduite à tenir.

Pour Bella, lors de la communication de face-à-face, elle a tout le temps pour écouter la patiente et a la possibilité de lui expliquer en profondeur ce qu'elle désire savoir de son état.

De la part de Norine, la communication de face-à-face permet rapidement de joindre la parole à l'acte et de diagnostiquer par les gestes, les maux de la mère.

En ayant une communication en présentiel, Laurianne raconte qu'elle communique souvent avec les mères sur les sujets spécifiques, par exemple, « *je discute avec elle sur les signes à surveiller pour éviter toute complication. Et si une mère a vécu une mauvaise expérience, entre deux consultations, je lui donne des conseils nécessaires ».* Laurianne ajoute que : « *quand je suis devant une mère, je sens son angoisse, mais aussi son soulagement de pouvoir parler. Le regard qu'on échange vaut plus qu'un long discours* ». Sierra abonde dans le même sens : « *ce moment en face-à-face est unique, il permet de valoriser la mère, de reconnaître sa place et son rôle. Cela ne peut pas se transmettre de la même manière par téléphone* ».

Enfin, pour Dorine, la communication en face-à-face lui permet de documenter les informations issues de l'anamnèse et des résultats des examens (échographies, bilan prénatal, etc.) dans le carnet mère-enfant.

L'ensemble de ces témoignages montre que le face-à-face constitue bien plus qu'un simple canal de communication. Il représente un espace relationnel où se combinent simultanément plusieurs formes d'expression : la parole, l'écoute, le regard, les gestes, le toucher clinique, les émotions et l'observation. Cette articulation de dimensions verbales, non verbales, corporelles et éducatives traduit une communication multimodale, permettant aux sages-femmes d'ajuster leurs interventions aux besoins évolutifs des mères.

Les résultats mettent également en évidence le caractère bidirectionnel de cette modalité communicationnelle. Les conversations ne se limitent pas à une transmission descendante d'informations. Les mères expriment leurs préoccupations, posent des questions, partagent leurs expériences et participent activement à la construction de la consultation. Les sages-femmes adaptent en retour leurs explications, leurs conseils et leurs attitudes, donnant ainsi naissance à un processus communicationnel fondé sur la réciprocité. Toutefois, cette richesse relationnelle comporte un potentiel ambivalent, comme le note Florine, l'absence d'écoute ou la minimisation de l'émotion de la mère peut transformer ce moment en expérience négative, produisant de la frustration et un sentiment d'invisibilité. Elle mentionne que : *« si je ne prends pas le temps d'écouter vraiment, la mère se sent jugée ou minimisée, et cela peut briser sa confiance envers moi ».* Ainsi la communication en face-à-face apparaît comme une expérience émotionnelle intense, oscillant entre humanisation (reconnaissance, réassurance) et vulnérabilité (blessure symbolique liée au manque d'écoute). Cette dualité illustre l'importance de la qualité de la présence soignante des sages-femmes dans la dynamique relationnelle.

4.2.1.2 Deuxième sous-catégorie : vécu de la communication en face-à-face comme une ambivalence dans l'attitude des sages-femmes et des mères, entre accueil empathique et jugement stigmatisant.

Les résultats ont présenté que le vécu de la communication en face-à-face ne se limite pas à une expérience uniformément positive. Les discours des participantes révèlent une ambivalence relationnelle, où les attitudes des sages-femmes peuvent tantôt favoriser une relation de confiance, tantôt générer des expériences de jugement, d'incompréhension ou de stigmatisation. Cette dualité montre que la qualité de la communication dépend moins de la présence physique que de la manière dont la relation est construite et vécue par les actrices.

Dorine souligne que : « *certaines sages-femmes offrent un accueil positif par des conseils clairs et une chaleur humaine qui réduit le stress et renforce l'adhésion de la mère au suivi prénatal* ». Cependant, Dorine et Bella décrivent des interactions difficiles vécues comme des difficultés de formuler des messages clairs et compréhensibles en français avec certaines mères. Par exemple, elles parlent d'une part, du cas des mères issues de la communauté de l'Afrique de l'Ouest qui, pour la plupart ont des lacunes en français (compréhension et expressions), et d'autre part, de la difficulté à communiquer avec une mère souffrant d'un handicap. Comme souligné par Norine et Florine, il arrive parfois que certaines interactions soient marquées par des jugements, en particulier envers les adolescentes et les mères ayant des grossesses rapprochées. Par exemple, Norine raconte avoir été témoin d'une situation similaire : *« quand une adolescente est arrivée, il y a des propos blessants. La sage-femme lui a dit qu'elle est trop jeune pour tomber enceinte, qu'elle n'a pas réfléchi. Ça fait mal et ça peut décourager ».*

Les situations rapportées illustrent différentes formes de vulnérabilité communicationnelle. Les barrières linguistiques, les limitations liées au handicap ainsi que certaines représentations sociales associées à l'âge ou au parcours reproductifs des mères compliquent la compréhension mutuelle et peuvent fragiliser la relation thérapeutique.

Ces verbatims montrent que les attitudes professionnelles ne sont pas homogènes. Alors que certaines sages-femmes privilégient une posture d'écoute, de soutien et de valorisation, d'autres interactions sont marquées par des jugements moraux susceptibles d'altérer la qualité de la relation. Les résultats révèlent ainsi que le vécu communicationnel se construit dans une tension permanente entre reconnaissance et disqualification, entre humanisation des soins et risque de stigmatisation.

4.2.1.3 Troisième sous-catégorie : le vécu d'un environnement matériel qui façonne la qualité de la communication en face-à-face.

Selon nos résultats, la qualité de la communication en face-à-face est également façonnée par les conditions matérielles et organisationnelles dans lesquelles se déroulent les consultations prénatales. Les participantes décrivent un environnement de soins dont les caractéristiques physiques, logistiques et structurelles peuvent tantôt favoriser, tantôt limiter la qualité des interactions avec les mères. Dans certains centres de santé, notamment en zones périphériques, le manque d'intimité, les locaux exigus ou la pénurie du matériel entravent la qualité des échanges et peuvent générer un sentiment de négligence ou d'indignité. Florine témoigne que : « *dans une même salle d'examen, comment préserver l'intimité de la mère quand il y a deux sages-femmes, deux Stagiaires? La mère se sent exposée et cela gêne la communication* ». Ce témoignage montre que l'intimité constitue une condition essentielle de la communication thérapeutique. Lorsque plusieurs personnes partagent le même espace de consultation, les mères peuvent hésiter à exprimer leurs préoccupations ou leurs émotions, ce qui limite la profondeur des rencontres. L'environnement physique devient ainsi un élément actif du processus communicationnel, influençant le climat de confiance nécessaire à la relation de soins.

Comme le souligne Florine, le manque d'intimité peut être vécu comme une atteinte à la dignité, réduisant le sentiment de sécurité de la mère. Bella et Dorine soulignent que les ressources matérielles ne soutiennent pas uniquement les actes cliniques. Elles conditionnent également la qualité de la communication. L'absence d'équipements adaptés peut limiter le temps consacré aux échanges, accroître la charge de travail des sages-femmes et réduire les possibilités d'accompagnement personnalisé (table d'auscultation, gants, doigtiers, etc.).

Florine pour sa part, a évoqué la difficulté de trouver un moyen de déplacement en cas d'urgence aux heures tardives de la nuit et dans les endroits reculés et des quartiers enclavés. Pour elle, l'absence de moyens roulants et adéquats comme les ambulances constitue une entrave au déplacement de la mère pour le centre de santé en cas d'urgence, ce qui constitue un risque énorme pour sa santé et celle de son bébé. Au-delà de la disponibilité des moyens de transport, ce résultat montre que les contraintes logistiques influencent indirectement la communication. Les difficultés d'accès aux services de santé génèrent des situations d'urgence, des retards et une anxiété accrue chez les mères, obligeant les sages-femmes à adapter leurs échanges à des contextes souvent marqués par la pression temporelle.

Norine insiste sur le poids de l'organisation des services : *« quand on est en sous-effectif, on n'a pas le temps de parler longuement, on donne les consignes rapidement et l'on passe à la suivante, même si l'on sait que ce n'est pas l'idéal ».* Les participantes montrent également que l'organisation du travail influence directement la disponibilité communicationnelle des sages-femmes. Les contraintes liées au sous-effectif, à la charge de travail et au temps limité réduisent les possibilités d'écoute, d'explication et d'accompagnement individualisé. Dans ces conditions, la communication tend à devenir plus fonctionnelle que relationnelle, malgré la volonté des professionnelles d'offrir un accompagnement de qualité.

Ainsi, cette sous-catégorie montre que l'environnement matériel agit comme un déterminant du vécu communicationnel prénatal. Les infrastructures, les ressources disponibles, l'organisation des services et les contraintes logistiques façonnent les

possibilités d'interaction entre la sage-femme et la mère. Les résultats suggèrent ainsi que la qualité de la communication ne repose pas uniquement sur les compétences individuelles des professionnelles, mais également sur les conditions institutionnelles qui soutiennent ou limitent leur capacité à instaurer une relation thérapeutique de qualité.

4.2.2 Deuxième catégorie émergente : vécu de la communication prénatale numérique

La deuxième catégorie émergente concerne le vécu de la communication prénatale numérique entre la sage-femme et la mère. Les résultats montrent que cette modalité ne remplace pas la communication en face-à-face, mais en constitue un prolongement lorsque les besoins de suivi dépassent le temps de la consultation. Dans le contexte gabonais, cette communication s'appuie principalement sur deux canaux : les appels téléphoniques et l'application WhatsApp, largement utilisée par les participantes. Les discours révèlent que ces modalités numériques répondent à des besoins variés de suivi, de soutien, d'information et d'accompagnement, tout en maintenant la continuité de la relation thérapeutique. Par exemple, les échanges numériques peuvent être initiés aussi bien par les sages-femmes que par les mères, selon les circonstances rencontrées. Les sages-femmes recourent aux appels ou aux messages pour confirmer un rendez-vous, assurer un suivi ou répondre à une préoccupation clinique, tandis que les mères sollicitent ces canaux lorsqu'elles vivent une situation imprévue, éprouvent une inquiétude ou souhaitent recevoir des conseils entre deux consultations. Les données montrent ainsi que la communication numérique repose sur une dynamique d'échanges réciproques, adaptée aux besoins du suivi prénatal.

L'analyse des données fait émerger deux grandes modalités de communication numérique, chacune comprenant plusieurs sous-catégories qui illustrent les différentes fonctions attribuées aux communications à distance. Ensemble, elles montrent que la

communication numérique constitue une modalité complémentaire du suivi prénatal, mobilisée de façon souple selon les besoins des mères et des sages-femmes.

4.2.2.1 PREMIÈRE SOUS-CATÉGORIE : VÉCU DE LA COMMUNICATION TÉLÉPHONIQUE

Lorsque la communication téléphonique est initiée par la mère, elle traduit l'émergence de besoins immédiats qui surviennent entre les deux consultations. Les résultats montrent que ces appels s'inscrivent dans des situations de vulnérabilité, d'incertitude, d'urgence ou de besoin d'éclaircissement. Ils témoignent de la confiance accordée aux sages-femmes et du rôle de ces dernières comme ressources accessibles au-delà du cadre institutionnel des consultations.

Vécu des appels téléphoniques émis par la mère rapportés par les sages-femmes

Les participantes rapportent que ces appels constituent, pour les mères, une modalité privilégiée pour obtenir rapidement un accompagnement, souvent en dehors du cadre hospitalier de la consultation prénatale.

Sur ce volet, notre compréhension des propos de Dorine souligne que certaines mères recourent aux appels téléphoniques pour obtenir des éclaircissements supplémentaires, comme cette mère qui l'avait contactée afin de mieux comprendre la posologie d'un médicament qui lui avait été prescrit. Dans ce cas, l'appel téléphonique prolonge l'accompagnement éducatif amorcé lors de la consultation. Il permet de lever les incompréhensions, de sécuriser la prise en charge thérapeutique et de favoriser une meilleure observance. La communication ne s'interrompt donc pas à la sortie du centre de santé ; elle se poursuit lorsque la mère éprouve le besoin de clarifier une information essentielle à son suivi.

D'autres situations relèvent davantage de l'urgence perçue. Bella rapporte qu'elle est régulièrement sollicitée lorsque des mères présentaient des réactions inquiétantes, telles qu'un malaise consécutif à une poussée hypertensive ou encore des manifestations allergiques après la prise de médicament. Elle a rapporté aussi le cas d'une mère qui l'avait appelée pour signaler des douleurs pelviennes aiguës. Face à ce type de demande, Bella a adopté une posture de soutien immédiat en prodiguant des conseils concrets : repos, réduction des activités physiques intenses, surveillance des mouvements fœtaux et, si nécessaire, recours à un antispasmodique. Les situations rapportées illustrent la fonction réactive de la communication téléphonique. Face à une inquiétude maternelle ou à un symptôme inhabituel, le téléphone permet aux sages-femmes d'offrir rapidement des conseils, de rassurer la mère et d'orienter la conduite à tenir. Les échanges téléphoniques deviennent ainsi un espace d'intervention précoce susceptible de prévenir l'aggravation de certaines situations cliniques.

De son côté, Dorine a relaté le témoignage d'une mère qui, inquiète de ne pas percevoir suffisamment de mouvements fœtaux, avait cherché conseil en ces termes : *« Je suis inquiète parce que je n'ai pas encore senti beaucoup de mouvements du bébé cette semaine ».* Au-delà de la réponse à une demande ponctuelle, ce résultat montre que les appels téléphoniques permettent aux sages-femmes d'accéder au vécu quotidien de la grossesse, souvent invisible lors des consultations programmées. Les échanges favorisent l'expression des inquiétudes, des perceptions corporelles et des expériences vécues par les mères, contribuant ainsi à une prise en charge plus individualisée.

Florine a rapporté une autre situation où l'appel téléphonique ne provenait pas uniquement de la mère, mais résultait de la demande conjointe du couple : la mère a souhaité que la sage-femme explique au conjoint la manière correcte de prendre les vitamines afin qu'il puisse l'accompagner dans le suivi du traitement. Ce récit montre que la communication téléphonique dépasse parfois la relation dyadique entre la sage-femme et la mère. Elle peut intégrer le conjoint ou d'autres membres de la famille dans le processus d'accompagnement, favorisant ainsi une participation élargie au suivi de

la grossesse. Les résultats suggèrent que cette modalité contribue également au soutien familial et au partage des responsabilités autour du projet de maternité.

Enfin, Norine a retracé le cas d'une mère confrontée à une rupture de stock de médicaments en pharmacie, qui avait contacté la sage-femme pour savoir s'il existait une solution. À la suite de cette conversation, une solution thérapeutique de remplacement a pu être trouvée, ce qui a permis à la mère de commencer son traitement dans les délais. Ce cas illustre la capacité de la communication téléphonique à maintenir la continuité des soins malgré les contraintes du système de santé. En recherchant rapidement une solution thérapeutique alternative, la sage-femme contribue à éviter une interruption du traitement et à préserver la qualité du suivi. Les échanges téléphoniques apparaissent ainsi comme un levier d'adaptation face aux imprévus organisationnels.

Dans l'ensemble, les appels initiés par les mères révèlent une communication qui dépasse la simple transmission d'informations. Ils constituent un espace de soutien clinique, éducatif, émotionnel et organisationnel, permettant aux sages-femmes d'ajuster leurs interventions aux réalités vécues entre les consultations. Les résultats montrent que cette modalité favorise la continuité des soins, renforce le sentiment de sécurité des mères et consolide la relation thérapeutique. La communication téléphonique apparaît ainsi comme une modalité complémentaire du suivi prénatal en présentiel, mobilisée de manière réciproque selon les besoins de la grossesse.

Vécu des appels téléphoniques initiés par les sages-femmes

Le vécu des appels téléphoniques initiés par les sages-femmes révèle une pratique proactive visant à maintenir le lien avec les mères au-delà des consultations prénatales. Les résultats montrent que ces appels ne répondent pas uniquement à des impératifs organisationnels, mais traduisent une vigilance clinique, un soutien relationnel et une volonté d'assurer la continuité du suivi. Ils témoignent de l'engagement des sages-femmes à anticiper les besoins des mères et à sécuriser leur parcours de soins.

Ainsi, Dorine, référente dans le programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA (PTME), a mentionné qu'elle procédait régulièrement à des appels pour rappeler aux mères la date de leur rendez-vous, dont la présence est jugée essentielle. Dans ces propres termes, elle illustre cette pratique par un message type : *« Bonjour, Madame, je voulais juste vous rappeler votre rendez-vous prévu demain. Pouvez-vous confirmer votre présence ? ».*

Cet exemple souligne que le rappel téléphonique dépasse une simple fonction administrative. Il constitue une stratégie de maintien du suivi prénatal, particulièrement dans les situations où la continuité des soins conditionne directement la santé de la mère et de l'enfant. Les appels deviennent ainsi un moyen de prévenir les ruptures de suivi et de soutenir l'adhésion aux recommandations cliniques.

Florine, quant à elle, a expliqué que les appels téléphoniques servent parfois de réponse immédiate aux demandes exprimées par les mères, constituant une modalité de suivi souple et adaptée aux imprévus. Sierra soulève encore cette dynamique de soutien lorsqu'elle a relaté avoir répondu à une mère inquiète d'une douleur ressentie au réveil. Son intervention visait à rassurer tout en maintenant un cadre sécuritaire : *« Ne vous inquiétez pas, tout ce que vous ressentez est normal. Nous allons bien vous accompagner. Et si cette douleur persiste, venez me rencontrer ».*

Dans ce verbatim, l'appel téléphonique devient un espace de régulation émotionnelle. Au-delà des conseils prodigués, la sage-femme mobilise une communication empathique destinée à rassurer la mère, à diminuer son anxiété et à l'aider à interpréter les manifestations de sa grossesse. Les résultats montrent ainsi que la communication téléphonique soutient non seulement la prise de décision clinique, mais également le vécu émotionnel des mères.

Enfin, Norine ajoute l'importance des appels dans le suivi de grossesses dites « difficiles », où la surveillance doit être renforcée. Elle a cité notamment le cas d'une mère présentant une anémie sévère, à qui elle rappelait régulièrement la prise des vitamines et l'observance des recommandations alimentaires formulées en consultation. Ce cas illustre également le rôle du téléphone dans le suivi des grossesses nécessitant

une vigilance accrue. Les appels permettent de rappeler les recommandations formulées en consultation, d'encourager l'observance thérapeutique et d'assurer un suivi rapproché lorsque la condition clinique l'exige. Cette modalité contribue ainsi à renforcer la continuité et la sécurité des soins Pour elle, l'appel téléphonique devient une stratégie proactive de veille clinique : *« le téléphone permet à la mère de nous joindre à tout moment car je laisse mon téléphone ouvert 24/24 pour ces cas-là. Et face à ce qui est dit, je peux prendre une décision rapidement ».*

Ce verbatim met en évidence la disponibilité relationnelle que certaines sages-femmes choisissent d'offrir aux mères. L'accessibilité permanente du téléphone traduit une posture d'engagement professionnel qui dépasse les limites temporelles de la consultation. La communication devient alors un dispositif de veille clinique permettant une intervention rapide lorsque la situation l'exige.

En somme, les appels initiés par les sages-femmes témoignent d'une communication proactive orientée vers la prévention, la continuité des soins et le maintien du lien thérapeutique. Les résultats montrent que ces échanges permettent d'anticiper certaines difficultés, d'accompagner les mères dans leur parcours de grossesse et de renforcer leur sentiment de sécurité. L'initiative communicationnelle ne repose donc pas exclusivement sur les mères ; elle est également portée par les sages-femmes, qui mobilisent le téléphone comme un outil clinique, relationnel et organisationnel au service d'un accompagnement continu.

Troisième sous-catégorie de communication : Vécu de l'utilisation du message texte (SMS) par téléphone

En dehors des appels téléphoniques, notre analyse a montré que certaines sages-femmes mobilisent les messages textes (SMS) comme une modalité complémentaire de communication avec les mères. Perçu comme plus discret, moins intrusif et plus souple, le SMS facilite le maintien du lien entre les consultations. Les discours révèlent qu'il est utilisé pour assurer un suivi personnalisé, recueillir certaines informations et poursuivre les échanges lorsque l'appel téléphonique n'est pas nécessaire ou souhaité.

Dans son vécu, Florine précisait que : *« J'ai pour habitude d'échanger mon numéro avec les mères, car parfois elles sont plus à l'aise d'envoyer un message écrit que d'appeler. Moi aussi, je leur écris pour savoir pourquoi elles n'étaient pas venues au suivi par exemple ».*

De plus, elle a raconté avoir écrit à une mère absente à un rendez-vous, celle-ci lui avait répondu par SMS : « *Je ne suis pas venue parce que mon conjoint ne m'avait pas donné l'argent pour la consultation ».* Ce témoignage montre que le SMS permet de recueillir des informations que certaines mères hésitent à partager lors d'une consultation en présentiel. L'écrit favorise ainsi l'expression de difficultés personnelles, sociales ou économiques susceptibles d'influencer le suivi prénatal. Le message texte devient un espace où la parole peut être plus libre, tout en permettant à la sage-femme d'adapter son accompagnement. Florine a ajouté également : « *J'ai eu une mère primipare qui m'écrivait presque chaque semaine : elle voulait savoir si ce qu'elle ressentait était normal, comme les tiraillements dans le ventre ou les nausées. Je lui répondais régulièrement, et ça la rassurait* ». Nous avons compris que le SMS répond à un besoin de réassurance continue. Les échanges écrits permettent aux mères de partager leurs inquiétudes quotidiennes et d'obtenir des réponses adaptées sans attendre la consultation suivante. Cette modalité soutient ainsi la continuité de l'accompagnement éducatif et émotionnel durant la grossesse.

Bella, de son côté, a soulevé le caractère pratique et souple de ce médium : *« Avec les mères, j'utilise souvent le SMS pour confirmer ou modifier une rencontre. C'est plus simple, et elles peuvent relire le message quand elles veulent. Parfois, elles m'envoient aussi des photos d'ordonnance pour que je leur rappelle la posologie ».* Ce vécu souligne l'importance du SMS comme trace écrite que les mères peuvent consulter au moment opportun. Cette possibilité favorise la mémorisation des recommandations, facilite leur appropriation et contribue au développement de l'autonomie des mères dans la gestion de leur grossesse. Norine a partagé une autre dimension du SMS : la confidentialité. Elle explique : *« certaines mères préfèrent le SMS, car elles peuvent écrire discrètement sans que leur entourage n'entende la conversation. Une mère*

m'avait dit : si j'appelle, mon conjoint ou ma belle-mère va entendre. Mais avec le SMS, je peux vous dire ce que je ressens sans crainte ». Ce verbatim met en évidence une dimension rarement documentée : la confidentialité offerte par le message écrit. Pour certaines mères, le SMS représente un espace protégé où elles peuvent exprimer leurs préoccupations sans craindre le regard ou l'interférence de leur entourage. Les résultats montrent ainsi que cette modalité répond non seulement à des besoins communicationnels, mais également à des enjeux d'intimité, de sécurité et d'autonomie. Par ailleurs, Dorine a souligné que l'usage des SMS permet parfois de commencer un échange plus approfondi en ces mots : « *une mère m'a écrit un jour : j'ai peur parce que je ne sens plus mon bébé bouger. J'ai tout de suite rappelé après avoir lu le message. Le SMS est parfois une porte d'entrée d'une communication plus urgente par appel* ». Ces résultats montrent que le SMS constitue souvent la première étape d'un processus communicationnel plus large. Lorsqu'un message révèle une situation préoccupante, il peut conduire à un appel téléphonique ou à une consultation en présentiel. Le message écrit agit ainsi comme un déclencheur de modalités communicationnelles complémentaires, illustrant la capacité des sages-femmes à adapter progressivement leurs interventions aux besoins exprimés par les mères.

Ainsi, l'utilisation des SMS se décline comme une modalité discrète, flexible et personnalisée du suivi prénatal. Les résultats montrent que les messages écrits permettent de maintenir la communication entre les consultations, de soutenir l'éducation à la santé, de renforcer le sentiment de sécurité des mères et de préserver leur confidentialité lorsque certaines préoccupations sont difficiles à verbaliser. Cette modalité complète les rencontres en présentiel et par téléphone, illustrant la diversité des formes de communication mobilisées par les sages-femmes pour répondre aux besoins évolutifs de la grossesse.

4.2.2.2 Deuxième sous-catégorie : vécu de la communication prénatale par *Whatsapp*

Les résultats de notre recherche soulignent que l'utilisation de WhatsApp est vécue comme un prolongement numérique de la relation thérapeutique établie lors de la consultation. Cette modalité ne remplace ni le face-à-face ni les appels téléphoniques, mais s'articule avec eux pour répondre aux besoins variés des mères et des sages-femmes. Les discours révèlent que WhatsApp combine plusieurs formes de communication— messages écrits, messages vocaux, appels, images et documents — offrant une communication souple, interactive et adaptée aux différentes situations rencontrées pendant la grossesse. Dorine a témoigné en ces termes : *« WhatsApp fait maintenant partie de ma pratique professionnelle. J'y réponds aux préoccupations des mères à tout moment, et cela me permet de rester en contact avec elles même en dehors des rendez-vous ».* Ce témoignage montre que WhatsApp est progressivement intégré à la pratique quotidienne des sages-femmes. L'application contribue à maintenir une disponibilité relationnelle au-delà des consultations, réduisant la distance temporelle entre les rencontres et favorisant une continuité communicationnelle adaptée aux besoins évolutifs de la grossesse.

Un autre aspect saillant est la possibilité d'impliquer les conjoints. Bella a relaté ceci : *« Parfois, le conjoint me demande des explications. Cela aide beaucoup, car il se sent aussi concerné et peut mieux accompagner sa conjointe* ». Ce résultat révèle que WhatsApp élargit progressivement le cercle relationnel du suivi prénatal. Au-delà de la dyade sage-femme-mère, certains échanges impliquent également le conjoint, qui devient un acteur plus actif dans l'accompagnement de la grossesse. L'application favorise ainsi une communication plus inclusive, soutenant l'engagement familial autour du projet de maternité.

Première sous-catégorie : WhatsApp vécu comme un prolongement relationnel et réassurance à distance

Les résultats de notre recherche ont souligné que WhatsApp est largement perçue comme un outil de prolongement relationnel, venant compléter et parfois suppléer les interactions en face-à-face. En effet, Bella a souligné qu'elle privilégie la communication par WhatsApp dans la planification des contacts. Il ressort que WhatsApp réduit les ruptures communicationnelles entre les consultations. Les mères savent qu'elles peuvent solliciter leur sage-femme lorsqu'une inquiétude survient, tandis que les sages-femmes peuvent poursuivre l'accompagnement sans attendre le rendez-vous suivant. Cette disponibilité contribue au maintien du sentiment de sécurité des mères. Bella en parle ainsi : *« je rappelais à la mère que si elle avait des questions entre nos rendez-vous, d'envoyer un message, et je répondrai dès que possible ».* Les résultats montrent que WhatsApp réduit les ruptures communicationnelles entre les consultations. Les mères savent qu'elles peuvent solliciter leur sage-femme lorsqu'une inquiétude survient, tandis que les sages-femmes peuvent poursuivre l'accompagnement sans attendre le rendez-vous suivant. Cette disponibilité contribue au maintien du sentiment de sécurité des mères. Norine abonde dans le même sens *: « ce que j'apprécie avec WhatsApp, c'est que même quand la mère ne vient pas à son rendez-vous, je peux lui écrire pour savoir comment elle se sent. Du coup, elle s'aperçoit qu'on pense à elle et elle revient plus facilement à la consultation suivante* ». Ce témoignage illustre la capacité de WhatsApp à préserver le lien thérapeutique malgré les absences aux consultations. Plutôt que de constituer une rupture du suivi, l'absence devient une occasion de reprendre contact et de comprendre les difficultés rencontrées. L'application contribue ainsi à limiter les interruptions du parcours prénatal.

Pour sa part, Florine insiste sur l'aspect pragmatique et accessible de l'outil. Elle le décrit comme « très avantageux », non seulement pour maintenir le contact avec les mères, mais aussi comme canal privilégié de communication avec la chercheuse lors de sa participation au projet, le réseau Wi-Fi étant constamment disponible sur son lieu

de travail. Cet usage témoigne de la souplesse qu'offre l'application dans l'articulation entre pratique professionnelle et implication dans un dispositif de recherche.

Au-delà de sa simplicité d'utilisation, WhatsApp apparaît comme un outil profondément intégré aux habitudes communicationnelles locales. Son faible coût, son accessibilité et sa disponibilité permanente expliquent son appropriation tant par les sages-femmes que par les mères. Les résultats montrent ainsi que l'efficacité de cet outil repose également sur son inscription dans le contexte sociotechnique gabonais. Bella a relaté que « *c'est la communication WhatsApp qui coûtait actuellement moins* chère et restait la plus utilisée dans la majeure partie du territoire gabonais ». de ce verbatim, nous avons compris que WhatsApp ne prolonge pas uniquement les échanges ; il prolonge également la qualité relationnelle construite en consultation. Certaines participantes décrivent les conversations à distance comme une continuité de la rencontre en présentiel, traduisant la capacité de l'application à maintenir un climat de proximité, d'écoute et de confiance malgré la distance physique. Cet ancrage local met en lumière le caractère socialement intégré de l'application, dont l'accessibilité économique et la popularité en font un outil incontournable sur le suivi prénatal.

Les récits des participantes ont illustré aussi comment WhatsApp permet aux mamans d'exprimer des situations personnelles, parfois imprévues, qui nécessitaient un ajustement du suivi. Par exemple, Bella a rapporté le cas d'une mère qui, hospitalisée trois jours pour une crise de paludisme, avait sollicité par WhatsApp l'annulation de son rendez-vous car elle se sentait encore trop faible pour se déplacer. Ce type de communication immédiate favorisait l'adaptation des soins aux réalités vécues par les mères Ce récit illustre la souplesse organisationnelle permise par WhatsApp. Les échanges numériques permettent aux sages-femmes d'ajuster rapidement les modalités du suivi en fonction des événements imprévus vécus par les mères. L'application devient ainsi un outil d'adaptation clinique favorisant la continuité des soins. Toutefois, ce vécu n'est pas exempt de limites. Les résultats montrent néanmoins que l'efficacité de WhatsApp demeure conditionnée par l'accès aux infrastructures numériques. Les difficultés de connexion ou l'absence d'internet limitent la disponibilité des sages-

femmes et rappellent que les possibilités offertes par le numérique restent étroitement liées aux réalités matérielles et organisationnelles du contexte de soins. Bella déplore l'absence de connexion internet à son domicile, ce qui réduisait sa disponibilité numérique en dehors du centre de santé : « chez moi, je n'ai pas encore internet, donc je ne peux répondre qu'au travail ». Cette contrainte a révélé les inégalités d'accès aux infrastructures numériques, qui conditionnent la continuité du lien entre la sage-femme et la mère.

Ainsi, WhatsApp dépasse le statut de simple application de messagerie pour devenir un véritable dispositif relationnel de suivi prénatal. Son utilisation favorise la continuité des soins, la réactivité face aux besoins émergents, l'implication des proches, la personnalisation du suivi et l'adaptation des interventions aux réalités quotidiennes des mères. Cette modalité numérique articule des dimensions relationnelles, cliniques, éducatives et organisationnelles, tout en demeurant tributaire des conditions d'accès aux infrastructures numériques. Elle s'illustre ainsi comme une composante essentielle d'une communication prénatale hybride où le présentiel et le numérique se complètent.

Deuxième sous-catégorie : WhatsApp vécu comme un médium multimodal du vécu communicationnel prénatal

Les résultats ont rapporté que WhatsApp permet aux sages-femmes de mobiliser simultanément plusieurs modes d'expression (texte, image, audio, vidéo et documents), selon les besoins de chaque situation clinique. Cette multimodalité favorise une communication enrichissante. Les conversations téléphoniques ou messages, en permettant d'adapter le canal au type d'information à transmettre, au niveau de compréhension de la mère et au degré d'urgence de la situation. Les données suggèrent ainsi que la richesse fonctionnelle de WhatsApp soutient une communication prénatale plus flexible, interactive et contextualisée.

Support 1 : Messages textes (SMS) par WhatsApp

Les résultats montrent que les messages écrits échangés par WhatsApp constituent une modalité de communication asynchrone permettant de prolonger le suivi prénatal au-delà de la présence physique. Cette forme d'échange offre aux sages-femmes et aux mères une plus grande souplesse temporelle, tout en favorisant une continuité relationnelle adaptée aux contraintes quotidiennes de chacun. Dans le discours de Bella, les messages écrits par WhatsApp apparaissent comme une stratégie privilégiée de communication avec les mères : « *Même si la mère n'était pas connectée au moment de l'envoi, elle pouvait lire mon message plus tard et répondre dès qu'elle avait du réseau* ». Ce témoignage met en évidence l'un des principaux avantages du message écrit : il dissocie le moment de l'envoi de celui de la réception. Cette asynchrone permet aux mères de consulter les informations lorsqu'elles sont libres tout en réduisant la pression d'une réponse immédiate. Le SMS devient ainsi un outil de communication flexible respectant le rythme de chacune. Norine et Sierra accordaient une grande importance à cette modalité en raison de sa traçabilité. Comme l'exprimait Sierra : *« Avec l'écrit, on garde une preuve de ce qui a été dit, et on peut revenir en arrière pour vérifier les consignes données »*. Les résultats montrent également que le message écrit possède une fonction de mémoire communicationnelle. Contrairement à l'échange oral, il laisse une trace durable des informations transmises, permettant aux mères comme aux sages-femmes de revenir ultérieurement sur les recommandations formulées. Cette traçabilité contribue à sécuriser le suivi clinique, à limiter les oublis et à renforcer la continuité des soins. L'historique des conversations constitue ainsi une mémoire partagée qui facilite le suivi longitudinal et sécurise la communication soignante.

Toutefois, les participantes reconnaissent que cette modalité présente certaines limites. L'asynchronie des échanges peut retarder la prise de décision en cas d'urgence, tandis que les difficultés d'expression écrite ou les barrières linguistiques peuvent générer des ambiguïtés nécessitant une clarification orale. Les résultats montrent ainsi que le message écrit apparaît davantage comme un complément au dialogue verbal que

comme un substitut à celui-ci: *« Parfois, les mères n'écrivent pas bien le français, et cela prête à confusion. On est obligées de les rappeler pour clarifier »* (Norine).

Nous avons compris que les messages écrits par WhatsApp remplissaient plusieurs fonctions complémentaires : soutenir la continuité du suivi, conserver une mémoire des échanges, favoriser l'autonomie des mères et offrir un espace d'expression plus réfléchi. Cette modalité contribue ainsi à stabiliser la communication prénatale tout en demeurant étroitement articulée aux échanges oraux lorsque la situation clinique l'exige.

Support 2 : Partage d'images et de documents par WhatsApp

Notre analyse a montré que l'utilisation de WhatsApp dépassait largement la simple messagerie écrite ou orale pour intégrer le partage de documents, de photographies et d'images cliniques. Cette fonctionnalité enrichit les possibilités communicationnelles en permettant aux sages-femmes d'accéder à des informations visuelles ou documentaires qui complètent le récit verbal des mères et facilitent la prise de décision clinique. Bella a relaté par exemple que : *« certaines mères m'envoyaient directement la photo de leur ordonnance pour que je vérifie si elles ont bien acheté les bons médicaments. Cela a évité des erreurs et a permis de les conseiller immédiatement ».*

Ce vécu montre que l'image ne constitue pas uniquement un support d'information, mais également un outil de validation clinique. En permettant une vérification immédiate des prescriptions ou des médicaments obtenus, elle réduit les risques d'erreur thérapeutique et renforce la sécurité des soins.

De même, Dorine a rapporté avoir reçu des résultats biologiques par WhatsApp, ce qui permet un gain de temps considérable : *« Quand une mère reçoit son résultat au laboratoire, elle le prend en photo et me l'envoie. Moi je regarde, et si c'est urgent, je lui dis tout de suite quoi faire, sans attendre le rendez-vous ».* L'envoi de résultats biologiques illustre une transformation de la temporalité clinique. Les informations ne sont plus exclusivement discutées lors de la consultation, mais circulent en continu entre les rendez-vous, permettant une prise de décision anticipée lorsque la situation

l'exige. Dans le même sens, Bella a rajouté le cas d'une mère qui lui avait transmis la photo de son résultat de glycémie légèrement élevé. Ce partage visuel a permis d'apporter des éclairages précis et de dissiper l'inquiétude initialement exprimée par la mère. Un autre exemple, raconté par Florine, vient d'une mère qui avait partagé l'image de son échographie du deuxième trimestre avant son rendez-vous, sollicitant une interprétation préliminaire de sa part. Ces situations ont montré que l'envoi d'images constitue non seulement une stratégie d'anticipation de la rencontre clinique, mais aussi un moyen de trouver des solutions immédiates à des préoccupations émergentes. Les images transmises avant la consultation permettent aux sages-femmes d'anticiper certaines préoccupations maternelles et de préparer plus efficacement la rencontre clinique. Le partage visuel contribue ainsi à réduire l'incertitude tout en améliorant la réactivité professionnelle.

Cependant, les résultats de recherche ont montré que cette modalité présentait quelques limites. Comme l'a souligné Florine : *« la photo aide, mais elle ne remplace pas l'examen. Parfois la qualité n'est pas bonne, et on peut se tromper. Il faut toujours garder en tête que c'est un complément, pas un diagnostic complet* ».

Selon Sierra, la qualité des photos peut influencer la pertinence de l'évaluation : « *Parfois, la photo est floue, mal prise, et ça ne permet pas de bien juger ».* De plus, des enjeux éthiques et de confidentialité peuvent se poser, car les photos sont stockées dans des appareils personnels et pourraient être vues par d'autres personnes. Comme l'exprimait Dorine : *« Nous devons faire attention, car une photo envoyée reste dans la mémoire du téléphone. Si une autre personne la découvre, cela pourrait poser des problèmes de confidentialité ».* Ainsi, le partage d'images et de documents par WhatsApp a permis d'illustrer la capacité des sages-femmes à intégrer les outils numériques dans leur pratique pour renforcer la continuité des soins et la réactivité clinique. Toutefois, ce support exige un discernement clinique constant afin d'éviter une mauvaise interprétation des images et de préserver la rigueur du suivi médical où la sécurité des données et la qualité de l'information deviennent des enjeux essentiels. Les résultats montrent ainsi que l'image constitue un outil d'aide à la

décision clinique sans pouvoir se substituer à l'examen en présentiel. Son utilisation suppose un discernement professionnel constant ainsi qu'une vigilance particulière quant à la protection des données personnelles.

Support 3 : Partage des messages vocaux (audios et vidéo) par WhatsApp

Les résultats ont révélé que les messages vocaux constituaient une modalité communicationnelle particulièrement adaptée aux réalités sociales et linguistiques des participantes. En réintroduisant la voix dans la communication numérique, ils permettent de conserver une partie des dimensions relationnelles du face-à-face tout en offrant la flexibilité propre aux échanges à distance**.** Pour Bella, le message audio est une alternative pratique : *« Quand la mère n'a pas le temps d'écrire ou qu'elle ne rédige pas correctement en français, elle préfère m'envoyer un vocal. Moi aussi, parfois je réponds par vocal parce que c'est plus rapide et plus clair ».* Nous avons compris que les messages vocaux réduisaient les inégalités liées à la littératie écrite en permettant aux mères d'exprimer plus facilement leurs préoccupations dans un langage spontané. Ils favorisent ainsi une communication plus inclusive, particulièrement auprès des mères ayant un faible niveau de scolarité ou rencontrant des difficultés rédactionnelles. Pour Florine, les messages vocaux apportaient une valeur expressive de la voix : *« Avec un message audio, on sentait l'émotion de la mère. Quand elle est inquiète, on l'entend dans sa voix, ce qui m'a permis de connaître son état et de la rassurer ».* Ce témoignage met en évidence que le message vocal réintroduit dans la communication numérique des dimensions paraverbales habituellement présentes lors des rencontres en face-à-face. Le ton de la voix, les hésitations, les silences ou l'intensité émotionnelle deviennent autant d'indices permettant aux sages-femmes d'évaluer plus finement l'état émotionnel de la mère et d'adapter leur réponse.

Quant à Norine, cette modalité a permis de répondre plus efficacement dans un contexte de surcharge de travail. Comme elle nous l'a expliqué dans ces mots : *« Je suis souvent en consultation, je n'ai pas toujours le temps de rédiger de longs messages. Avec un audio, en une minute, j'ai pu expliquer à la mère ce qu'elle devait faire ».* Ce résultat

montre que le message audio constitue également un levier organisationnel, en permettant aux sages-femmes de maintenir la qualité des échanges malgré une forte charge de travail. Il favorise ainsi une meilleure gestion du temps sans rompre la continuité relationnelle avec les mères.

Ces options, bien qu'existantes, se sont révélées moins fréquemment mobilisées par les participantes. Cette relative sous-utilisation ne traduit pas une absence d'intérêt, mais plutôt une adaptation contextuelle : les appels vocaux ou vidéos nécessitaient une connexion simultanée, une disponibilité réciproque et, dans certains cas, une qualité de réseau suffisante. Ainsi, si WhatsApp offre une diversité de canaux communicationnels, le choix de la modalité dépende largement des préférences personnelles, des contraintes techniques (coût, accessibilité) et des ententes préalablement établies entre la sage-femme et la mère.

En pratique, certaines participantes ont rapporté qu'elles pouvaient utiliser l'appel vocal ou un appel vidéo uniquement lorsque la mère en a exprimé le souhait et qu'un créneau a été convenu à l'avance. Dans ce cas, la communication synchrone permet d'observer des signes cliniques visibles (exemples, œdème, éruption cutanée, changement de coloration pour ne citer que ceux-là), tout en maintenant une interaction interpersonnelle plus riche que le simple message écrit. Mais ces usages restent ponctuels et conditionnés par la possibilité d'une connexion en temps réel, ce qui limite leur diffusion dans le quotidien du suivi prénatal. Les appels vidéo introduisent une dimension d'observation clinique à distance qui dépasse les possibilités offertes par le texte ou l'audio. Ils permettent une première appréciation visuelle de certains signes cliniques tout en maintenant une interaction directe entre la sage-femme et la mère. Comme l'a expliqué Dorine : *« Parfois, je propose un appel vidéo, mais seulement si la mère est d'accord et qu'elle a du réseau. Ça me permettait de voir directement son état, par exemple, si elle a un gonflement, ce que je ne pourrais pas deviner par message ».* Ainsi, l'utilisation de la vidéo repose sur un équilibre entre sa valeur clinique potentielle et les conditions matérielles nécessaires à son déploiement. Son recours demeure contextuel et complémentaire aux autres modalités de communication.

De son côté, Sierra a nuancé cette pratique : *« J'évite de faire de vidéos, car beaucoup de mères n'ont pas toujours les moyens pour se connecter longtemps. Je privilégie les messages vocaux, mais en cas de doute, la vidéo devient utile ».* Ces récits ont montré que la communication audiovisuelle par WhatsApp reposait sur un équilibre fragile entre la valeur ajoutée clinique et les contraintes matérielles ou organisationnelles.

En conclusion, WhatsApp est vécu comme un dispositif communicationnel hybride qui prolonge la consultation prénatale bien au-delà des rencontres en présentiel. Grâce à la complémentarité des messages écrits, des images, des documents, des messages vocaux et des appels vidéo, il favorise une continuité relationnelle, informationnelle et clinique. Toutefois, son potentiel demeure tributaire des ressources techniques, économiques et organisationnelles disponibles. Les résultats montrent ainsi que le choix de chaque modalité communicationnelle relève moins d'une préférence technologique que d'un ajustement permanent aux besoins des mères, aux réalités cliniques et au contexte d'exercice des sages-femmes.

Au-delà des modalités de communication mobilisées, les discours des participantes révèlent que leur vécu communicationnel est également façonné par la manière dont elles perçoivent les conditions facilitant ou entravant leur mise en œuvre. L'analyse suivante s'intéresse ainsi aux perceptions que les sages-femmes attribuent aux facilitateurs, aux obstacles et aux stratégies qu'elles développent pour maintenir une communication prénatale de qualité.

4.3 Troisième catégorie émergente : Perceptions attribuées par les sages-femmes à leur vécu communicationnel prénatal

Cette troisième catégorie émergente s'intéresse aux perceptions que les sages-femmes attribuent à leur vécu communicationnel prénatal. Au-delà de la description des modalités de communication mobilisées, cette section explore la manière dont les participantes interprètent leur expérience professionnelle en identifiant les facilitateurs, les obstacles ainsi que les opportunités qui façonnent leurs pratiques

communicationnelles. Elle répond ainsi au troisième objectif spécifique de cette recherche en mettant en évidence trois dimensions complémentaires : les perceptions positives, les perceptions négatives et les opportunités d'amélioration de la communication prénatale. Cette analyse permet de comprendre comment les sages-femmes donnent sens à leurs expériences et développent progressivement des stratégies d'adaptation face aux réalités cliniques, relationnelles et organisationnelles de leur pratique.

4.3.1 Première sous-catégorie : les perceptions positives du vécu communicationnel prénatal

Les perceptions positives du vécu communicationnel prénatal s'articulent autour de deux dimensions interdépendantes. La première renvoie aux qualités relationnelles que les sages-femmes attribuent à leur propre pratique communicationnelle, notamment l'écoute, l'empathie, la disponibilité, la réactivité et le sentiment d'efficacité professionnelle. La seconde concerne les opportunités offertes par les différentes modalités de communication — consultations prénatales, échanges informels et outils numériques — qui favorisent le maintien du lien, la continuité des soins et l'accompagnement personnalisé des mères. Ces perceptions traduisent une représentation positive de la communication comme ressource essentielle de la qualité des soins prénatals.

4.3.1.1 Une posture communicationnelle positive : fondement du soin relationnel

Attitude positive : communication comme fondement de la confiance

L'analyse des discours de Bella, Dorine et Norine a fait émerger quatre composantes de cette attitude positive : la bienveillance, l'empathie, le non-jugement et l'engagement solidaire. Ensemble, ces dimensions construisent une posture

communicationnelle favorisant la confiance, l'adhésion au suivi et la continuité des soins. Bella en parlait comme une disposition fondée sur la compréhension du vécu de la mère. Elle soulignait : « *une mère qui manifestait de l'inquiétude a été rassurée par une attitude sereine et une proposition de rencontre en personne pour dissiper ses peurs* ». Cette manière d'accueillir l'angoisse maternelle transforme la communication en un espace sécuritaire, propice à la verbalisation des préoccupations.

L'attitude positive prenait également un sens particulier dans des contextes marqués par la précarité financière. Bella l'a expliqué qu'en situation de retard de suivi lié à des contraintes économiques, elle a choisi une posture de non-jugement, offrant davantage de temps d'écoute et d'orienter la mère vers les services compétents. Pour elle, « le *fait que certaines mères font des efforts pour suivre les explications tandis que d'autres trainaient toujours ne favorisait pas une bonne continuité des soins. Mais comme on le dit chez nous, on va encore faire comment ».* Dans cette perspective, la communication devient un acte de solidarité et de compassion qui dépasse la stricte dimension biomédicale.

Quant à Dorine, elle conçoit l'attitude positive comme une forme d'empathie incarnée, en insistant sur la nécessité de se mettre à la place de la mère pour maintenir une posture constructive face aux difficultés rencontrées. Elle racontait que les mères recherchaient avant tout une interlocutrice capable de demeurer rassurante et constante, quelles que soient les circonstances. Enfin, Norine rappelait l'importance de maintenir cette orientation dans des dispositifs collectifs, en affirmant que : « *le fait de sensibiliser régulièrement à travers les séances d'IEC et par d'autres voies de communication adaptées aux réalités gabonaises devrait être privilégié ».*

Ainsi, une attitude positive dépasse largement une disposition personnelle. Elle constitue une compétence communicationnelle mobilisée de façon intentionnelle afin de créer un environnement relationnel sécurisant, soutenir l'expression des préoccupations maternelles et favoriser une prise de décision partagée. Les participantes montrent que cette posture contribue simultanément à la qualité de la

relation thérapeutique, à l'adhésion au suivi prénatal et à la continuité des soins, faisant de la communication un véritable levier clinique, humain et organisationnel.

Écoute expressive : communication comme reconnaissance de la personne

Nos résultats de recherche ont montré que l'écoute ne se limite pas au registre verbal. Elle mobilise simultanément les expressions corporelles, émotionnelles et relationnelles, révélant une écoute multisensorielle permettant aux sages-femmes de saisir des besoins parfois inexprimés. Florine a illustré cette dimension en affirmant que *« même face à une mère qui garde le silence devant une situation donnée, l'écoute attentive pendant ce temps est également très importante, car son attitude est aussi une forme d'expression ».* Devant ces moments suspendus, elle disait demeurer présente et patience, laissant à la mère le temps de se remettre avant de poursuivre l'échange.

Pour Bella, l'écoute authentique se vit dans la réciprocité. Elle disait que *« l'écoute était réciproque, c'est-à-dire, j'écoutais attentivement ce qui était relaté par la mère et elle m'écoutait aussi en retour ».* Ce récit montre que l'écoute apparaît comme un processus bidirectionnel dans lequel la mère et la sage-femme construisent conjointement la compréhension de la situation. D'autres attitudes liées à l'écoute, évoquées par Dorine, relevaient de ce qu'on peut appeler une attention incarnée, c'est-à-dire une présence à l'autre qui se manifeste à travers le corps : le regard soutenu, « *les yeux dans les yeux », « le toucher rassurant* » accompagné de hochements de tête, de modulation de la voix. Ces gestes, souvent discrets, traduisent une écoute empathique et concrète où le corps devient un médium de communication. L'écoute expressive apparaît donc comme une compétence communicationnelle capitale pour des conversations humanisantes et bienveillantes. Cette compétence peut être une ressource dans des situations complexes. Par exemple, Norine racontait que, lorsqu'elle faisait face à une mère réticente à se rendre dans une structure plus équipée malgré une menace d'accouchement prématuré, elle choisissait de maintenir une écoute patiente pour désamorcer la résistance et restaurer la confiance. L'écoute devient alors un outil décisionnel, d'évaluation thérapeutique.

Quant à Florine, l'écoute est aussi une expérience profondément personnelle : *« une fois que tu as été toi-même écoutée, tu es tellement touchée que tu comprends l'importance de l'écoute* ». Elle a relaté que sa propre expérience de maternité avait renforcé cette compétence, enrichie par sa formation professionnelle, mais aussi sa volonté d'encourager les mères à « *osez dire qu'elles ont besoin d'être entendues ».* Ces récits ont montré également que la capacité d'écoute ne relève pas uniquement de la formation professionnelle. Elle est façonnée par les expériences personnelles, la maternité, les parcours de vie et la pratique clinique, ce qui lui confère une dimension profondément expérientielle.

Enfin, Sierra, de son côté, rappelle que l'écoute doit également porter sur les manifestations corporelles extrêmes, telle que la douleur. Elle dit que : *« même le cri de la mère devrait être écouté et attirer notre attention ».* Le cri, tout comme le silence, constitue un langage qui requiert disponibilité, interprétation et réponse adéquate. Ainsi, l'écoute expressive dans la communication prénatale constitue un outil de reconnaissance et de soutien, où chaque signe corporel ou verbal participe à la construction d'un lien de confiance mutuelle entre la sage-femme et la mère.

Ainsi, l'écoute expressive apparaît comme une compétence communicationnelle centrale qui dépasse la simple réception des informations. Elle constitue un processus d'interprétation des expressions verbales, émotionnelles et corporelles de la mère, permettant aux sages-femmes d'ajuster continuellement leurs interventions. Les résultats montrent que cette écoute favorise la confiance, soutient la prise de décision clinique et renforce la continuité relationnelle tout au long du parcours prénatal. Elle représente ainsi l'un des principaux mécanismes par lesquels la communication devient véritablement soignante.

Prise de décision éclairée : une compétence communicationnelle d'autonomisation

Il ressort de l'analyse que la prise de décision éclairée est vécue comme un objectif ultime lors de la communication prénatale entre la sage-femme et la mère. Pour Bella, la prise de décision éclairée se manifeste lorsque la mère devient actrice de ses choix,

agir de manière autonome et suivre des conseils reçus. Pour illustrer ce propos, voici ce qu'elle nous a rapporté: *« y avait une de mes patientes qui se plaignait de douleurs pelviennes, elle m'a appelée pour savoir ce qu'elle devait faire. Je lui ai conseillé d'abord le repos au lit, de diminuer les travaux lourds et de prendre du 'Spasfon suppo', que je lui avais prescrit selon la posologie de deux fois par jour. Quelques jours après, elle m'a rappelée en disant que les douleurs persistaient. Je lui ai demandé d'aller consulter en urgence dans une structure sanitaire la plus proche de chez elle; chose qu'elle a faite ».* De ce récit, offrir plusieurs choix possibles et expliquer leurs implications permet à la mère de décider tranquillement, sans pression. Cette posture traduit une approche communicationnelle participative, centrée sur la responsabilisation de la mère.

Dorine, quant à elle, mettait l'accent sur le renforcement continu de la compréhension à travers la répétition et la diversification des canaux de communication : « *j'informais toute mère positive au VIH du bénéfice d'être sous antirétroviraux régulièrement pendant la grossesse et après. Je vérifiais lors des contacts et parfois par des appels téléphoniques pour compléter l'information. Parfois, j'organisais des séances d'IEC aussi pour compléter et surtout répéter l'information à la mère, car la répétition est pédagogique, comme on le dit souvent* ». Ce verbatim met en lumière une pédagogie de la répétition et de l'accompagnement, essentielle pour garantir la stabilité du savoir transmis et la consolidation des décisions à long terme. Ainsi, la répétition des messages, leur reformulation et la diversification des canaux de communication apparaissent comme des stratégies pédagogiques permettant aux mères de s'approprier progressivement les connaissances nécessaires à leurs décisions.

Norine, à son endroit, consacrait beaucoup de temps à donner l'information et à la rendre disponible au besoin pour accompagner les choix maternels. Elle a raconté que : « *je prends le temps d'expliquer les avantages et les risques de chaque option. Si la mère ne comprend pas tout de suite, je reprends calmement. Mon but, c'est qu'elle sache pourquoi elle choisit, pas juste qu'elle obéit* ». Cette posture, ancrée dans une logique de changement où la communication prénatale ne vise plus uniquement la

transmission d'informations, mais l'autonomisation décisionnelle des mères, qui deviennent progressivement capables de comprendre, d'évaluer et d'accepter leurs propres choix. Par ailleurs, le récit de Sierra relève que la prise de décision apparaît ainsi comme un processus partenarial où l'expertise clinique de la sage-femme rencontre le pouvoir décisionnel de la mère: « *la mère était toujours consentante et libre de choisir, lors des séances de préparation à la naissance, par exemple, le lieu d'accouchement, mon rôle est de lui présenter les avantages et les risques, mais la décision définitive lui appartient* ».

En somme, la prise de décision éclairée apparaît comme l'aboutissement d'un processus communicationnel fondé sur l'information, le dialogue, la répétition pédagogique et la délibération partagée. Les participantes montrent que cette démarche favorise simultanément l'autonomie décisionnelle des mères, la responsabilité professionnelle des sages-femmes et la construction d'une véritable alliance thérapeutique. La communication devient alors un levier d'émancipation, dans lequel chaque parole contribue à renforcer la capacité des mères à participer activement aux décisions concernant leur grossesse.

Satisfaction d'un travail bien accompli : communication comme accomplissement professionnel

Les résultats ont présenté que la satisfaction d'un travail bien accompli se déclinait comme l'aboutissement d'un processus communicationnel réussi, dans lequel la qualité de la relation construite avec la mère, l'évolution favorable de la grossesse et la reconnaissance mutuelle confèrent un sens profond à l'action des sages-femmes. Ainsi, cette satisfaction traduit moins la réussite d'un acte technique que la confirmation d'un accompagnement relationnel ayant contribué au bien-être maternel et fœtal. Bella en parle ainsi: « *quand une mère que je suis depuis le début arrive à terme sans complication pendant sa grossesse, je me dis que j'ai bien fait mon travail. C'est une grande fierté pour moi* ». Ce que nous avons compris de ce verbatim est que les participantes associent leur satisfaction à la capacité de la communication prénatale à

produire des effets concrets sur le parcours de grossesse. L'issue favorable de celle-ci constitue ainsi une validation du travail relationnel accompli tout au long du suivi. Laurianne a évoqué, par exemple, la reconnaissance d'une mère : « *une mère m'avait dit un jour : grâce à vos soins et conseils, j'ai passé une grossesse tranquille. Ce genre de propos me touchent beaucoup, parce que je me dis que mon accompagnement a porté ses fruits* ». Ce témoignage montre que les expressions de gratitude formulées par les mères représentent une forme de reconnaissance mutuelle qui vient confirmer la valeur accordée à la relation thérapeutique. Elles renforcent le sentiment d'utilité professionnelle et donnent un sens partagé à l'accompagnement réalisé.

Dans le cadre du suivi PTME (prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA), Dorine a souligné avec une émotion palpable les moments de profonde satisfaction qui accompagnent la réussite d'un parcours de soins. Elle a évoqué, avec une émotion palpable, la naissance d'un bébé séronégatif comme un accomplissement majeur de sa mission : « *voir une mère sourire à la naissance d'un bébé séronégatif, c'est une réussite parfaite* ». Pour elle, ce résultat représente la concrétisation de plusieurs mois d'efforts, d'écoute et de vigilance pendant la grossesse. Elle a précisé que la satisfaction n'est jamais acquise d'avance, car « *le risque de transmission virale à l'enfant est une préoccupation constante* ». Dorine a expliqué qu'elle prenait toujours le temps d'aborder la question avec les mères infectées dès le début du suivi prénatal, afin de réduire les risques liés au manque d'information et de favoriser leur autonomisation. Ce sentiment d'accomplissement se nourrit donc autant de la réussite médicale que de la qualité du processus communicationnel instaurée avec la mère. Norine a souligné que : « *pendant les CPN, j'aime prendre le temps d'échanger avec les mères. Quand je vois qu'elles repartent rassurer, souriantes, je ressens une vraie joie intérieure. Cela me motive à continuer* ».

La satisfaction ressentie agit comme un levier de motivation professionnelle. Elle nourrit l'engagement des sages-femmes, renforce leur investissement dans la relation de soin et favorise la pérennisation de pratiques communicationnelles centrées sur la personne. Bella a rapporté par exemple la joie ressentie lorsqu'une mère lui avait

partagée les photos de son nouveau-né sur WhatsApp : « *en admirant les photos, je suis heureuse et je me dis que le travail a été bien accompli* ». Ce geste simple et chargé de sens, le partage, après l'accouchement, de photographies du nouveau-né témoigne de la persistance du lien relationnel au-delà de la grossesse. Cette continuité symbolique transforme la communication prénatale en une relation durable, où la reconnaissance se prolonge bien après la fin du suivi clinique. Pour Sierra et Florine, engagées dans la prévention des complications, ont confié que : « *quand une mère diabétique arrivait à la fin de sa période gravidique sans incident, nous étions tellement soulagées à l'idée que tous les conseils ont servie. C'est une victoire partagée* ». Ce verbatim relève également que cette satisfaction ne relève pas d'une réussite individuelle, mais d'un accomplissement partagé. Les sages-femmes évaluent leur propre réussite à travers le bien-être de la mère, la santé du nouveau-né, l'adhésion aux recommandations et la qualité du lien construit tout au long du suivi. La satisfaction devient ainsi un indicateur de la réussite collective du processus de communication prénatale.

Ainsi, la satisfaction d'un travail bien accompli apparaît comme l'aboutissement d'une dynamique communicationnelle réussie. Elle résulte de la rencontre entre les compétences professionnelles de la sage-femme, l'engagement actif de la mère et la qualité du lien thérapeutique construit au fil du suivi prénatal. Les résultats ont montré que cette satisfaction dépasse la réussite clinique pour devenir une forme de reconnaissance mutuelle, de valorisation professionnelle et de confirmation du sens attribué à l'accompagnement. Elle constitue, en ce sens, un levier de motivation, de fidélisation des pratiques relationnelles et d'amélioration continue de la qualité des soins.

Empathie expressive : communication comme humanisation des soins

Il ressort de nos analyses que l'empathie expressive constitue une posture communicationnelle active par laquelle la sage-femme reconnaît la vulnérabilité de la mère et adapte son accompagnement aux réalités qu'elle traverse. Au-delà d'une simple compréhension émotionnelle, cette empathie se traduit par des ajustements

concrets visant à maintenir la continuité des soins, préserver la dignité de la mère et renforcer son sentiment de sécurité.

Bella a relaté avec une mère qui avait annulé son rendez-vous à la suite de la difficulté pour elle de se tenir debout, elle a manifesté de l'empathie vis-à-vis de la mère en lui proposant d'autres plages horaires pour coordonner un autre rendez-vous. Cette attitude empathique développée par Bella qui a été capable non seulement de comprendre sa situation, mais aussi, d'offrir une autre place à la mère devrait être au cœur des communications dans un contexte particulier où la mère « *se sent vulnérable en quelque sorte ».* Un autre exemple d'empathie expressive a été adopté également par elle lorsque la mère s'est vu refuser l'accès à une structure de santé militaire en raison de son suivi antérieur dans un centre privé non reconnu, Bella adopte la même posture empathique en cherchant une solution alternative visant à l'orienter vers un centre qui acceptera de la recevoir, assurant ainsi des soins en continu. Les différentes situations relatées montrent que l'empathie ne demeure pas au niveau des intentions, mais s'incarne dans des actions concrètes d'adaptation du suivi. Les sages-femmes réorganisent les rendez-vous, recherchent des solutions alternatives, prolongent le dialogue à distance et ajustent leurs interventions afin que les contraintes rencontrées par les mères ne deviennent pas des obstacles à la continuité des soins. De plus, elle complète cet accompagnement par des conseils téléphoniques liés à l'accouchement, lui permettant de se préparer davantage. Elle ajoute que « *si je l'ai fait, c'est parce que je me suis dit que, et si c'était moi… ».* Autrement dit, ce verbatim a mis en évidence un processus de décentration, par lequel la sage-femme adopte temporairement le point de vue de la mère afin d'orienter ses décisions professionnelles. L'empathie expressive apparaît ainsi comme un mécanisme d'ajustement communicationnel qui favorise des réponses plus justes, plus humaines et davantage adaptées au contexte vécu.

Ainsi, en articulant compréhension émotionnelle, adaptation clinique et engagement relationnel, l'empathie expressive participe à la transformation de la communication en une pratique de soin centrée sur la personne. Elle contribue à réduire les effets des

vulnérabilités sociales, économiques ou institutionnelles en maintenant un lien thérapeutique fondé sur la confiance, la reconnaissance et la réciprocité.

Réponse immédiate : communication comme continuité du soin

Les résultats révèlent que la réponse immédiate constitue une forme de réactivité communicationnelle permettant de réduire l'incertitude, de soutenir la prise de décision et d'assurer la continuité des soins. Cette disponibilité relationnelle est particulièrement mobilisée lorsque la situation clinique exige une intervention rapide ou lorsque l'inquiétude maternelle nécessite une réponse rassurante. Selon les propos de Dorine, cette communication favorise non seulement l'expression du besoin, mais également l'apport d'une réponse immédiate à ce besoin. L'immédiateté de la réponse permet de limiter l'incertitude ressentie par la mère en apportant rapidement des repères décisionnels susceptibles d'orienter sa conduite. Cette immédiateté rend la communication fluide, spontanée et ajustable en temps réel, chaque interlocutrice adaptant ses messages en fonction des réactions de l'autre. Pour Norine et Bella, le temps est précieux dans la gestion d'une grossesse. Lorsque les conversations téléphoniques sont faites, cela permet de gagner du temps, d'anticiper les risques éventuels et de mettre une conduite à tenir au bon moment. De ce fait, la rapidité des échanges favorise également une anticipation clinique des complications potentielles en permettant l'identification précoce des situations à risque.

Pour Sierra, devant une mère qui se trouvait en consultation avec elle, elle laissait le temps de répondre à la préoccupation de cette dernière même hors du centre de santé quand elle l'appelait. La réponse était immédiate même si elle restait incomplète par moment, mais elle était là pour elle, ce qui rejoint les propos de Florine et Norine qui rappelaient que la gestion des urgences en obstétrique avait pour finalité de sauver des vies du couple mère-enfant en agissant rapidement et au bon moment. Ces témoignages ont montré que la disponibilité de la sage-femme en dehors du cadre strict de la consultation traduit une continuité relationnelle qui dépasse les frontières temporelles et spatiales du soin. La communication ne se limite plus au rendez-vous clinique, mais

accompagne la mère dans son quotidien lorsque surgissent des préoccupations nécessitant une réponse immédiate.

Ainsi, la réponse immédiate apparaît comme une compétence communicationnelle essentielle de la pratique prénatale. Elle traduit une disponibilité relationnelle qui permet de concilier réactivité clinique, soutien émotionnel et continuité des soins. En réduisant les délais d'intervention, elle renforce la sécurité maternelle, consolide la confiance mutuelle et participe à une prise en charge plus humaine, plus efficace et davantage centrée sur les besoins évolutifs de la mère.

4.3.2 Deuxième sous-catégorie : les perceptions négatives du vécu communicationnel prénatal

Les perceptions négatives du vécu communicationnel prénatal renvoient aux situations dans lesquelles les sages-femmes perçoivent un affaiblissement du processus communicationnel, susceptible de compromettre la compréhension mutuelle, la relation de confiance et la continuité du suivi prénatal. Les résultats ont mis en lumière que ces difficultés ne relèvent pas uniquement des attitudes individuelles, mais résultent également de contraintes organisationnelles, relationnelles, émotionnelles et socioculturelles qui influencent la qualité des interactions entre la sage-femme et la mère.

4.3.2.1 Interactions difficiles vécues par les sages-femmes et les mères

Il existe, dans la pratique sage-femme, une diversité d'interactions complexes avec plusieurs catégories de personnes : les collègues sages-femmes, les mères célibataires, les autres professionnels de la santé, les mères issues de communautés « Ouest-africaines », les mères économiquement faibles, des mères peu scolarisées, certaines multipares ainsi que les mères avec un handicap. Chacun de ses groupes amène des défis relationnels et communicationnels particuliers qui exigent de la sage-femme une capacité constante d'ajustement. Par exemple, Norine a évoqué les tensions vécues avec un pédiatre qui l'avait blâmée pour avoir réalisé un accouchement prématuré sans

son accord au préalable. Elle précise toutefois que : « ce dernier est difficilement joignable dans la nuit et c'est à ce moment-là que cette situation s'était produite », révélant ainsi une dynamique institutionnelle plus large, où les contraintes organisationnelles et l'indisponibilité des professionnels spécialisés peuvent rendre les interactions plus lourdes et générer des malentendus. Ce type de situation expose non seulement les fragilités du système de collaboration interprofessionnelle, mais aussi la solitude décisionnelle dans laquelle les sages-femmes se retrouvent parfois, surtout dans les moments critiques.

Difficulté d'expression et d'intercompréhension dans la communication prénatale

Les sages-femmes rapportent que certaines situations de consultation prénatale sont marquées par des difficultés d'expression et d'intercompréhension susceptibles d'altérer la fluidité des échanges. Ces difficultés ne relèvent pas uniquement de la maîtrise de la langue française, mais également de l'utilisation du jargon médical, de la diversité linguistique des patientes ainsi que de la complexité de certains sujets sensibles, notamment ceux liés à la sexualité ou au VIH. Elles obligent les participantes à ajuster continuellement leur manière de communiquer afin de préserver la compréhension mutuelle et la qualité de la relation de soins.

Pour Norine, l'incompréhension ne découle pas uniquement d'une différence de langue, mais aussi de l'incapacité momentanée à construire un langage commun autour de réalités médicales complexes. Face à cette situation, la présence d'un proche agissant comme médiateur linguistique ou culturel devient une ressource communicationnelle permettant de restaurer l'intercompréhension et de maintenir la continuité de la consultation prénatale. En effet, Norine disait que « *pour les mères qui n'arrivaient pas à comprendre ce que je dis, il arrivait que j'interpelle les parents pour expliquer la situation qui nous mettait en désaccord ou en malentendu* ». Cette interprète était parfois un parent ou une accompagnatrice de son choix pour mieux expliquer ses dires soit en langue vernaculaire, soit en langue de leur choix. Cette médiation permet de restaurer le dialogue, mais elle peut aussi transformer un moment intime en situation exposée, rendant l'échange plus délicat. Quant à Sierra, le recours au jargon médical

constitue également une source d'incompréhension lorsqu'il n'est pas adapté au niveau de littératie en santé des mères. Cette situation amène la sage-femme à reformuler ses explications afin de rendre l'information plus accessible et de favoriser une participation éclairée de la mère à sa prise en charge.

À la différence des situations précédentes, le témoignage de Dorine renvoie moins à une difficulté de langue qu'à la délicatesse communicationnelle de certains sujets. Les thèmes relatifs à la sexualité ou au VIH exigent des formulations nuancées permettant d'informer sans heurter, de prévenir sans stigmatiser et d'accompagner sans susciter de peur. Les hésitations exprimées par la participante illustrent ainsi la complexité de la communication professionnelle lorsque les enjeux médicaux, émotionnels et socioculturels se rencontrent. À l'exemple, elle disait qu'il arrivait que « *les mots me manquent et je n'arrivais pas à agir face à la situation* ».

Ainsi, ces récits ont montré que les difficultés d'expression et d'intercompréhension constituent moins des obstacles figés que des situations d'ajustement permanent. Les sages-femmes mobilisent des stratégies variées — reformulation, simplification du discours, recours à un proche, gestes ou adaptation du vocabulaire — afin de maintenir le dialogue, préserver la relation de confiance et assurer la continuité de l'accompagnement prénatal. De ce fait, les difficultés linguistiques ou communicationnelles apparaissent comme des révélateurs de la capacité d'adaptation communicationnelle des participantes plutôt que comme de simples contraintes interactionnelles.

Difficulté à communiquer lors des situations de deuil périnatal

Les résultats de l'étude ont montré que le deuil périnatal constitue l'une des situations communicationnelles les plus complexes rencontrées par les sages-femmes au cours du suivi des mères. Les participantes reconnaissent que, face à la souffrance provoquée par une grossesse arrêtée ou un décès périnatal, leurs compétences techniques ne suffisent plus toujours à répondre aux besoins émotionnels des mères. Elles exprimaient alors un sentiment d'insuffisance communicationnelle, lié principalement

à la difficulté de trouver une posture relationnelle, des paroles justes et un accompagnement adapté à cette expérience particulièrement éprouvante.

Le témoignage de Laurianne illustre que, dans un contexte de deuil périnatal, la difficulté ne réside pas uniquement dans l'annonce ou les conseils prodigués, mais dans l'accompagnement relationnel d'une souffrance qui dépasse souvent les repères habituels de la consultation prénatale. Ce sentiment d'insuffisance traduit la nécessité de compétences communicationnelles permettant d'accueillir les émotions, de soutenir la mère et d'être présent sans chercher systématiquement à apporter des réponses ou des solutions. Bella en parlait comme « *sois forte, ce sont des épreuves de la vie. Tu auras d'autres enfants, remets cette situation entre les mains de Dieu qui lui pourra te donner la force pour surmonter cette épreuve* ». Ce verbatim met en évidence la recherche spontanée de paroles de réconfort, souvent influencées par les références culturelles ou spirituelles des participantes. Toutefois, il révèle également l'incertitude des sages-femmes quant aux mots les plus appropriés pour soutenir une mère endeuillée, sans minimiser sa souffrance ni imposer une interprétation de l'épreuve vécue. Pour Norine, face à un décès, le défi est parfois tel que les mots lui manquent complètement. Dans ces moments, elle choisit d'offrir une présence bienveillante, exprimée à travers des phrases simples comme « *je suis là pour vous* », et en se rendant disponible pour répondre aux besoins de la mère et de sa famille. À travers ce récit, l'absence de mots apparaît elle-même comme une modalité de communication. En privilégiant une présence bienveillante, une écoute attentive et une disponibilité émotionnelle, la sage-femme montre que l'accompagnement du deuil repose autant sur la qualité de la présence que sur le contenu verbal des échanges. Le silence, lorsqu'il est porté par une relation empathique, devient ainsi une forme de soutien communicationnel.

Ainsi, le deuil périnatal apparaît ainsi comme une situation révélatrice des limites de la communication strictement informative et souligne l'importance d'une communication relationnelle, empathique et adaptative dans l'accompagnement des mères confrontées à la perte de leur enfant.

Les limites de l'écoute attentive dans la communication prénatale

Il ressort des résultats que les participantes considèrent l'écoute attentive comme une composante essentielle de la communication prénatale. Toutefois, elles rapportent que cette écoute est parfois compromise par des contraintes organisationnelles, notamment la surcharge de travail et le nombre élevé de consultations, mais également par les difficultés rencontrées lorsque certaines femmes n'adhèrent pas aux conseils ou aux recommandations formulées. Ces situations fragilisent la qualité des échanges et compliquent le suivi des soins.

Laurianne a signalé que « *les contraintes de temps comme des horaires de travail surchargés à cause du nombre de mères affectaient le temps d'écoute* ». Ce verbatim souligne que les contraintes organisationnelles réduisent le temps disponible pour une écoute approfondie de chaque mère. Cette limitation ne traduit pas un manque de volonté des sages-femmes, mais l'effet des conditions de travail sur leur capacité à instaurer une relation d'écoute favorisant l'expression des préoccupations, des émotions et des besoins des mères. Dorine a parlé du manque d'écoute comme un risque énorme pour ses soins et surtout une insécurité pour les mères. Elle disait que « *certaines mères qui avaient un statut positif au VIH n'arrivaient pas à suivre ses conseils* ». Ce récit souligne également que certaines difficultés surviennent lorsque les recommandations communiquées ne sont pas pleinement comprises, acceptées ou mises en pratique par les mères. Les abandons du traitement, les ruptures de suivi ou la non-divulgation du statut sérologique traduisent ainsi les limites d'une communication qui ne parvient pas toujours à susciter une adhésion durable aux conseils proposés.

Dans le même sens, Bella disait que « *si je n'écoutais pas ce que la mère me disait, j'allais donner des informations erronées, et vice versa* ». Elle a rappelé que l'écoute attentive constitue un processus réciproque. En prêtant attention au discours de la mère, la sage-femme évite les interprétations erronées et adapte sa communication aux besoins exprimés. L'écoute ne se limite donc pas aux paroles, mais englobe également le ton de la voix, les silences, les expressions faciales et l'ensemble des manifestations verbales et non verbales qui donnent sens à l'interaction.

Dans leur ensemble, ces résultats montrent que l'écoute attentive constitue l'un des fondements du vécu communicationnel prénatal. Lorsqu'elle est limitée par des contraintes organisationnelles ou lorsqu'elle ne conduit pas à une compréhension et une adhésion réciproques, la qualité de la relation de soins s'en trouve fragilisée. À l'inverse, une écoute active, sensible et adaptée favorise l'expression des besoins des mères, renforce la confiance mutuelle et soutient la continuité du suivi prénatal.

Insuffisance du soutien émotionnel dans la communication prénatale

L'analyse a mentionné que les participantes considéraient le soutien émotionnel comme une composante essentielle de la communication prénatale, particulièrement auprès des femmes confrontées à une grossesse à risque, à une séropositivité ou à une situation de grande vulnérabilité. Toutefois, elles reconnaissent éprouver des difficultés à offrir un accompagnement émotionnel répondant pleinement aux besoins exprimés par certaines mères. Selon elles, cette insuffisance ne relève pas uniquement des compétences individuelles, mais également de l'absence de ressources psychosociales, de relai communautaires et de réseau de soutien favorisant la continuité de l'accompagnement.

Selon les propos de Norine *« Souvent, des parents arrivaient à mieux comprendre la situation que les patientes parce qu'elles sont déjà dans un certain état d'esprit. Ils ont eu leur propre but dans la tête et quand il ne cadrait pas avec ce qu'elle souhaitait ou en fait, elles font comme un déni, comme un blocage psychologique ».* Nous avons compris de ce témoignage que certaines mères vivaient un état de détresse psychologique limitant leur disponibilité à recevoir les informations ou à participer pleinement aux échanges avec la sage-femme. Dans ces situations, le soutien émotionnel devient une condition préalable à une communication efficace, puisqu'il favorise l'expression des préoccupations, la compréhension des informations et l'établissement d'une relation de confiance.

Par ailleurs, les participantes observaient que certaines mères, confrontées à un choc émotionnel ou à une forte détresse psychologique, présentaient une fermeture

communicationnelle se traduisant par des difficultés à entendre les informations transmises, à exprimer leurs préoccupations ou à adhérer aux recommandations proposées. Ce blocage influençait directement la qualité des échanges et complexifiait l'accompagnement prénatal. Pour Florine, le recours au psychologue ne constituait pas uniquement une orientation clinique. Il représentait aussi une stratégie communicationnelle permettant de poursuivre l'accompagnement lorsque la relation sage-femme-mère est confrontée à une souffrance émotionnelle dépassant le cadre habituel de la consultation prénatale. Cette collaboration favorisait une meilleure continuité des échanges et une prise en charge plus adaptée des besoins émotionnels exprimés par la mère. De plus, les difficultés financières évoquées par les participantes généraient une tension émotionnelle susceptible d'affecter la qualité des échanges entre la sage-femme et la mère. Face à cette réalité, les sages-femmes soulignaient l'importance d'une communication empathique, fondée sur l'écoute, la recherche de solutions adaptées et, lorsque nécessaire, l'orientation vers d'autres professionnels afin de soutenir la mère sans rompre le lien thérapeutique.

Une autre situation est relatée par Norine signalait que « *les parents refusaient d'accepter que le bébé veuille venir plus tôt que prévu parce que très souvent, il se pose un problème financier. Par la suite, ils persistaient à rester dans les petites structures au détriment de la santé du nouveau-né* ». Ce récit nous a permis de comprendre que le déni ou la difficulté à accepter certaines réalités obstétricales peut limiter l'ouverture au dialogue et retarder la prise de décision. Cette résistance communicationnelle oblige les sages-femmes à ajuster progressivement leurs explications afin d'accompagner les familles vers une compréhension partagée de la situation clinique, tout en respectant leur rythme d'acceptation.

En conclusion, les perceptions négatives exprimées par les sages-femmes ont mis en évidence les limites et les défis auxquels elles sont confrontées dans leur vécu communicationnel prénatal. Au-delà des difficultés relationnelles, linguistiques ou émotionnelles, les participantes décrivent des situations où la communication devient particulièrement exigeante et nécessite des ajustements constants afin de préserver la

qualité des interactions avec les mères. Ces résultats montrent que les compétences communicationnelles ne se limitent pas à la transmission d'informations, mais mobilisent également l'écoute attentive, l'empathie, la capacité d'adaptation, la gestion des émotions et la recherche d'une compréhension mutuelle. Ainsi, ces perceptions négatives ne traduisent pas uniquement des obstacles à la communication, mais révèlent les besoins de renforcement des compétences communicationnelles et relationnelles qui serviront de fondement à l'élaboration des leviers d'amélioration développés dans la catégorie suivante.

4.3.3 Troisième sous-catégorie : Opportunités offertes lors de la communication prénatale

Les opportunités offertes lors de la communication prénatale correspondent aux leviers d'action identifiés par les sages-femmes pour renforcer la qualité des interactions, favoriser l'engagement des mères et améliorer la continuité des soins. Contrairement aux perceptions positives, qui traduisent les expériences déjà vécues comme satisfaisantes, ces opportunités renvoient aux possibilités concrètes d'optimiser la communication dans les différents contextes de la grossesse. Elles mettent en évidence que chaque moment d'échange constitue une occasion de développer une relation plus humaine, participative, continue et adaptée aux besoins évolutifs des mères.

4.3.3.1 Opportunités d'accueillir chaleureusement la mère

Selon les résultats de notre analyse, l'accueil de la mère constitue la première opportunité de construire une relation thérapeutique de qualité. Loin de représenter une simple étape administrative ou organisationnelle, il est perçu par les participantes comme le premier acte communicationnel où se développent les bases de la confiance, de la reconnaissance mutuelle et de l'engagement de la mère dans son parcours prénatal. Ce moment, souvent perçu comme routinier dans la pratique clinique, est en réalité un acte de communication à part entière, porteur de sens, de reconnaissance et de respect.

Lorsque Bella explique ce moment d'accueillir chaleureusement la mère lors de son suivi à l'hôpital, elle souligne qu'en *« principe avant de procéder à l'identification de sa venue, c'est l'opportunité par exemple, de saluer la mère et de s'assurer de son identité si c'est son premier contact ».* Ce premier contact illustre que les gestes les plus simples – saluer, se présenter, vérifier le confort de la mère ou expliquer son rôle – participent à la reconnaissance de la personne avant même l'intervention clinique. L'accueil devient un espace où se négocient les premières conditions d'une communication fondée sur le respect, la disponibilité et la confiance.

Sierra l'exprime comme un rite d'entrée relationnel, marquant la transition entre la distance institutionnelle et la proximité du soin : « *quand je reçois une mère pour la première fois, je prends le temps de me présenter, d'expliquer mon rôle et de m'assurer qu'elle est bien installée. Je veux qu'elle se sente à l'aise, qu'elle sache qu'ici, elle peut parler librement* ». Cette entrée relationnelle facilite ultérieurement l'abord de sujets sensibles, tels que la sexualité, les violences, les difficultés psychologiques ou les préoccupations liées à la grossesse. Les participantes considèrent ainsi que la qualité de l'accueil influence durablement la profondeur des échanges qui suivront.

Pour Florine, accueillir chaleureusement la mère à son premier rendez-vous est comme un investissement à long terme. Pour elle, « *si la mère est bien accueillie la première fois, elle revient sans hésiter pour les autres rendez-vous. Et souvent, elle en parle à d'autres mères* ». De ce verbatim, l'accueil apparaît comme un investissement relationnel à long terme. Selon les participantes, une première expérience positive favorise non seulement le retour des mères aux consultations ultérieures, mais contribue également à renforcer la confiance envers les services de maternité par le bouche-à-oreille et les réseaux sociaux informels. Ainsi, l'accueil produit des effets qui dépassent largement le cadre immédiat de la consultation.

En définitive, les résultats ont montré que l'accueil chaleureux constitue bien davantage qu'une étape introductive du suivi prénatal. Il représente un levier communicationnel majeur qui favorise l'établissement de la confiance, facilite l'expression des besoins, prépare l'adhésion aux soins et soutient la continuité de la

relation thérapeutique. Les participantes attribuent ainsi à l'accueil une fonction structurante, faisant de ce premier contact le point d'ancrage d'une communication prénatale humanisée, collaborative et durable.

4.3.3.2 Opportunité d'offrir un soutien émotionnel

Il ressort de nos résultats que l'opportunité d'offrir un soutien émotionnel constitue un levier majeur d'humanisation de la communication prénatale. Les participantes décrivent ce soutien non comme une intervention ponctuelle, mais comme une présence relationnelle continue permettant de reconnaître les besoins émotionnels, psychologiques et sociaux des mères tout au long de leur parcours de grossesse. Dans cette perspective, la communication dépasse la simple transmission d'informations pour devenir un espace de réassurance, de reconnaissance et de reconstruction de la confiance. Pour Sierra, « *quand une mère arrive inquiète ou en pleurs, je prends le temps de l'écouter ».* Ce récit nous a permis de comprendre que le soutien émotionnel repose aussi sur une écoute capable d'identifier les manifestations parfois discrètes de la souffrance maternelle. Sierra dit que, trois jours plus tard, la mère est venue la remercier pour cette « *précieuse écoute-conseil ».* La gratitude exprimée quelques jours plus tard confirme que cette présence attentive agit comme un facteur de réassurance durable et renforce le lien thérapeutique. Les résultats mettent également en évidence que les situations de vulnérabilité, notamment chez les mères vivant avec le VIH, exigent un soutien émotionnel encore plus soutenu. Les participantes montrent que la relation thérapeutique s'intensifie lorsque les dimensions biomédicales et émotionnelles sont prises en charge simultanément. Dorine a ainsi relaté *« qu'il y avait des jours et parfois des rencontres qui avaient changé sa vie et celle de la mère à travers le partage des expériences vécues. Il arrivait que les deux femmes fondissent en larmes au regard du statut sérologique de la mère ».* Le partage des émotions, parfois jusqu'aux pleurs, traduit une véritable co-présence affective où la sage-femme accompagne la mère dans son processus d'acceptation, d'adaptation et de

reconstruction identitaire. Cette implication émotionnelle apparaît ainsi comme une ressource essentielle au maintien de l'alliance thérapeutique.

L'expérience rapportée par Bella élargit le soutien émotionnel au-delà de la seule relation sage-femme-mère. Les résultats ont souligné que certaines situations nécessitent une prise en compte du système familial dans son ensemble. En offrant un espace d'écoute au conjoint confronté à la perte de son emploi, la sage-femme agit comme médiatrice relationnelle, favorisant la restauration de l'équilibre émotionnel du couple. L'orientation vers les ressources psychosociales démontre que le soutien émotionnel ne consiste pas uniquement à apaiser les émotions immédiates, mais également à mobiliser les ressources susceptibles de renforcer la résilience familiale. Donc, elle considérait cette occasion comme « *une opportunité de pouvoir donner le meilleur soutien par des mots rassurant comme, 'ne t'inquiète pas, ça va s'arranger… ».* Ainsi, le soutien émotionnel constitue un levier fondamental d'optimisation de la communication prénatale. Il favorise l'expression des émotions, renforce le sentiment de sécurité psychologique, soutient la résilience individuelle et familiale et contribue à maintenir l'engagement des mères dans leur suivi. Au-delà de la réponse à une détresse ponctuelle, ce soutien apparaît comme une compétence relationnelle complexe qui mobilise simultanément l'écoute, l'empathie, la reconnaissance des vulnérabilités et l'orientation vers les ressources appropriées. Il participe ainsi pleinement à une communication prénatale humanisée, intégrée et centrée sur la personne.

4.3.3.3 Troisième sous-sous-catégorie : Opportunité de mobiliser une pluralité de postures

Les résultats ont présenté que la communication prénatale constitue une opportunité pour les sages-femmes de mobiliser une pluralité de postures professionnelles selon les besoins exprimés par les mères. Loin de se limiter à leur rôle clinique, les participantes décrivent une pratique communicationnelle dynamique où elles alternent les fonctions d'éducatrice, de conseillère, de guide, de médiatrice, de personne-ressource et parfois

d'accompagnatrice dans les situations de grande vulnérabilité. Cette polyvalence ne traduit pas une dispersion des rôles, mais une capacité d'adaptation continue permettant de répondre simultanément aux dimensions biomédicales, psychologiques, éducatives et sociales de la grossesse. Pour Laurianne, en fonction des sujets dont elle discute avec les mères, elle arrivait à jouer en même temps, le rôle de conseillère, de guide, d'éducatrice. Voici un exemple de conseil qu'elle avait donné à une mère qui vivait un deuil périnatal : *« J'ai conseillé une mère qui avait eu une grossesse arrêtée. ».* Elle l'a conseillé comme une thérapeute pour vivre son deuil, en plus de la conseiller comme sage-femme en l'aidant à redevenir enceinte.

Bella, elle agit comme une éducatrice lorsqu'elle parle des mesures de prévention liées au paludisme pendant la grossesse. Elle dit que *« le paludisme est une pathologie à craindre pour ne pas dire à éviter pour la mère ».* Le rôle éducatif apparaît comme une composante essentielle de cette polyvalence communicationnelle. L'information transmise ne vise pas uniquement l'acquisition de connaissances, mais le développement d'une capacité d'agir chez la mère. En expliquant les mesures préventives contre le paludisme et leur justification, la sage-femme favorise une compréhension susceptible de soutenir l'adoption durable de comportements protecteurs. La communication devient ainsi un outil d'autonomisation sanitaire. C'est pourquoi elle soutient les mères à adopter le traitement préventif intermittent (TPI) selon les recommandations du ministère de la Santé et du programme de lutte contre le paludisme au Gabon. Elle enseignait également aux mères l'importance de dormir sous moustiquaire imprégné à longue durée d'efficacité afin d'éviter les piqûres de moustique, surtout l'anophèle femelle, vecteur du paludisme. Quant à Florine et Dorine, elles perçoivent leur rôle comme dépassant les frontières institutionnelles de la consultation. En cherchant à « *briser les tabous »* et à maintenir une disponibilité relationnelle, Florine construit une communication ouverte où les sujets sensibles peuvent être abordés sans jugement. Cette posture contribue à créer un climat propice à la confidence, renforçant ainsi la qualité de l'alliance thérapeutique. La communication n'est plus uniquement un acte professionnel, mais un espace sécurisé

favorisant l'expression de préoccupations souvent invisibles dans le cadre biomédical traditionnel. Dans le contexte de la PTME, cette polyvalence professionnelle prend une dimension encore plus marquée. La sage-femme devient simultanément éducatrice, accompagnatrice, coordonnatrice des soins et soutien psychologique. Les résultats ont montré que ces différentes fonctions s'articulent autour d'un même objectif : maintenir l'engagement de la mère dans son parcours de soins et favoriser une continuité relationnelle malgré les défis associés à la maladie.

Finalement, les résultats ont mis en lumière que la communication prénatale offrait aux sages-femmes l'opportunité de déployer une véritable polyvalence communicationnelle. Cette capacité d'ajuster continuellement leur posture aux réalités vécues par les mères leur permet d'intégrer les dimensions cliniques, éducatives, relationnelles, psychologiques du suivi prénatal. Ainsi, les différents rôles mobilisés ne constituent pas des fonctions indépendantes, mais les expressions complémentaires d'une même compétence communicationnelle centrée sur les besoins de la personne. Cette flexibilité professionnelle apparaît comme l'un des mécanismes fondamentaux permettant d'humaniser les soins et de soutenir une communication prénatale personnalisée et intégrative.

4.3.3.4 Quatrième sous-catégorie : Opportunité d'établir une relation de confiance

Notre analyse a mis en évidence que la communication prénatale est avant tout vécue comme un processus de construction progressive d'une relation de confiance entre la sage-femme et la mère. Cette confiance ne résulte pas d'un événement ponctuel, mais se développe au fil des interactions, grâce à la régularité des contacts, à la cohérence des messages, à la qualité de l'écoute, à la disponibilité de la sage-femme et au respect du rythme propre à chaque mère. Elle constitue le socle sur lequel reposent l'engagement maternel, l'adhésion aux soins et la continuité du suivi prénatal. Les participantes considèrent ainsi la confiance non seulement comme une conséquence de la communication, mais également comme une condition essentielle à son efficacité. Selon Dorine, l'établissement de cette relation découle d'un accompagnement marqué

par la constance et l'attention portée à la singularité de chaque mère. Elle expliquait que *« le fait que les mères arrivaient malgré leurs états à briser certains obstacles et préjugés pour se focaliser à leur état de santé était particulièrement apprécié. De sorte que la relation avec elles s'était construite au fil du temps pendant ces différents contacts ».* L'expérience rapportée par Dorine montre que la confiance se construit progressivement lorsque les mères se sentent reconnues au-delà des stigmates, des peurs ou des préjugés qui peuvent entourer leur grossesse. Les interactions répétées permettent de transformer une relation initialement marquée par la méfiance ou la réserve en un espace où la parole circule plus librement. Ainsi, la communication répétée agit comme un mécanisme de sécurisation relationnelle favorisant l'expression des préoccupations souvent difficiles à verbaliser.

Norine et Florine disaient que « *la relation de confiance s'établissait au fil des rencontres et prenait la forme d'un accompagnement à long terme ».* Ce récit nous a permis de comprendre que la confiance s'inscrit dans une temporalité longue. Elle s'alimente de la continuité des soins, de la fidélité des rencontres et de la constance des attitudes professionnelles. Les liens qui se développent progressivement dépassent parfois le cadre strictement clinique pour prendre une dimension profondément humaine. En effet, le récit de Norine, *« devenue la marraine du fils »* d'une mère qu'elle avait accompagnée pendant plusieurs grossesses, illustre jusqu'où peut évoluer une relation thérapeutique fondée sur la confiance réciproque. Bien qu'exceptionnelle, cette expérience témoigne de la puissance du lien relationnel construit lorsque la communication est vécue dans la durée.

Pour Bella, la confiance se nourrit d'une communication fluide et régulière, qui facilite l'adhésion des mères aux soins en ces mots : « *ma joie de communiquer avec les mères m'a permis de garder le contact avec elles, mais surtout de leur permettre de faire les huit consultations recommandées* ». Ainsi, la relation de confiance se traduisait par une meilleure observance prénatale et par une participation active des mères à leur propre suivi. Mais elle ajoute que *« beaucoup reste à faire dans ce domaine car beaucoup de mères n'avaient pas encore bien intégré ce changement ».* Ce qui témoigne que cette

confiance demeure fragile lorsqu'elle se heurte à des difficultés de compréhension ou à certaines résistances face aux changements de pratiques. La confiance apparaît ainsi comme un processus continuellement entretenu plutôt qu'un acquis définitif. Quant à Sierra, apprendre à reconnaître une mère, savoir lui offrir des conseils personnalisés a favorisé une relation avec elle. Elle ajoute que *« quand on suit la mère depuis le début de sa grossesse, il y a une relation de confiance qui se crée. La mère s'attache à l'assurance qu'elle a été entendue, comprise et qu'elle a reçu tout ce dont elle avait besoin pour bien accoucher. Si ça se terminait par une césarienne ou par un forceps, par exemple, elle sait qu'elle avait tout eu pour que ça se passe bien, mais qu'on ne pouvait vraiment pas faire autrement, qu'on lui avait donné tous les moyens à notre disposition ».* De ce verbatim, nous avons compris que la confiance repose également sur la personnalisation de la communication. Lorsqu'une mère se sent écoutée, comprise et accompagnée tout au long de sa grossesse, elle développe une confiance qui lui permet d'accepter plus sereinement certaines décisions cliniques, y compris lorsqu'elles impliquent des interventions imprévues telles qu'une césarienne ou un accouchement instrumentalisé. Les résultats suggèrent ainsi que la transparence des échanges, l'explication des décisions et le respect de l'autonomie maternelle contribuent à transformer une relation de soins en véritable partenariat.

En définitive, la confiance constitue le mécanisme relationnel central autour de laquelle s'organise la communication prénatale. Elle se construit progressivement grâce à la continuité des échanges, à la disponibilité de la sage-femme, à la cohérence des messages et à la reconnaissance des besoins propres à chaque mère. Cette confiance favorise l'expression des préoccupations, renforce l'engagement dans le suivi, facilite les prises de décision partagées et consolide le partenariat de soins. Plus qu'un simple résultat de la communication, elle apparaît comme une condition indispensable à une prise en charge holistique, humanisée et centrée sur la personne.

4.3.3.5 Cinquième sous-catégorie : Opportunité d'élargir le champ de communication

Il ressort de l'analyse que les sages-femmes ne perçoivent pas la communication prénatale comme une activité limitée à la consultation individuelle. Elles la conçoivent plutôt comme une ressource stratégique permettant d'étendre les interactions bien au-delà de la relation dyadique entre la sage-femme et la mère. La communication devient ainsi un levier d'action susceptible de mobiliser les familles, les communautés, les autres professionnels de santé et les dispositifs numériques afin d'améliorer durablement la santé maternelle. Cette vision élargie témoigne d'une compréhension systémique de la communication, envisagée comme un vecteur de prévention, de coordination et d'engagement collectif. Au niveau de la pratique sage-femme, Norine, Dorine et Bella ont suggéré plusieurs dispositifs susceptibles de renforcer cette dynamique communicationnelle. Il s'agit notamment de développer des mécanismes permanents d'écoute et d'information, d'améliorer l'accessibilité des conseils grâce aux technologies numériques, de favoriser les échanges entre professionnels et de promouvoir une communication communautaire de proximité. Ces propositions traduisent une volonté de dépasser les limites spatiales et temporelles des consultations prénatales afin d'assurer une continuité de l'accompagnement. Par ailleurs, elles ont insisté également sur la nécessité de renforcer les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) ainsi que les stratégies de communication pour le changement de comportement (CCC). Elles considèrent ces interventions comme des moyens de favoriser une meilleure compréhension des enjeux liés à la grossesse, de soutenir la prise de décision éclairée des familles et de renforcer l'autonomie des mères dans leur parcours de soins.

Dans les zones éloignées, les participantes soulignent que l'efficacité de la communication repose sur une mobilisation des ressources communautaires. Les leaders locaux, les responsables religieux, les associations communautaires et les médias traditionnels apparaissent comme des relais capables de diffuser des messages adaptés aux réalités socioculturelles. L'utilisation des langues locales et l'organisation

d'activités de proximité sont perçues comme des stratégies favorisant une appropriation collective des messages de santé.

Dans l'ensemble, cette sous-catégorie montre que les sages-femmes envisagent la communication prénatale comme un processus évolutif, capable de dépasser le cadre clinique pour devenir un véritable levier de transformation organisationnelle, communautaire et sociale. Les opportunités identifiées ne visent pas uniquement l'amélioration des échanges entre la sage-femme et la mère, mais traduisent une volonté de construire un environnement communicationnel plus intégré, plus accessible et davantage centré sur les besoins des mères. Cette ouverture progressive du champ communicationnel constitue un prolongement naturel des autres opportunités mises en évidence dans cette recherche et prépare l'émergence d'une approche globale de la communication prénatale.

4.4 Quatrième catégorie émergente : de l'expérience communicationnelle à la conceptualisation de l'approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP) et à l'identification des leviers d'amélioration.

Cette quatrième catégorie émergente constitue l'aboutissement du processus de théorisation enracinée entrepris dans cette recherche. Elle répond plus particulièrement au quatrième objectif spécifique, qui visait à identifier les leviers susceptibles d'améliorer la communication prénatale afin d'optimiser les pratiques cliniques, l'enseignement et la recherche en santé maternelle. À ce stade de l'analyse, les résultats ne se limitent plus à décrire les expériences communicationnelles des sages-femmes. Leur mise en relation fait émerger une conceptualisation intégratrice de la communication prénatale, fondée sur l'articulation des interactions en présentiel et à distance dans une dynamique bimodale et bidirectionnelle centrée sur les besoins des mères.

Cette montée en abstraction conduit à la formalisation de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP), principale contribution théorique de cette recherche. Les sections suivantes présentent successivement son émergence

inductive, ses fondements empiriques, les dimensions qui la structurent, les conditions de sa mise en œuvre, sa modélisation conceptuelle ainsi que les leviers d'amélioration qui en découlent pour la pratique clinique, l'enseignement et la recherche.

4.4.1 Émergence inductive de l'approche holistique intégrative de la communication prénatale

L'analyse théorisante réalisée dans le cadre de cette recherche a progressivement conduit à l'émergence d'une approche holistique intégrative de la communication prénatale. Cette conceptualisation ne procède pas d'un modèle théorique établi a priori, mais résulte d'un processus inductif au cours duquel les catégories émergentes ont été continuellement comparées, enrichies et articulées selon les principes de la théorisation enracinée. Les résultats montrent que les pratiques communicationnelles décrites par les sages-femmes ne peuvent être comprises à partir d'une seule modalité d'échange ni d'une succession d'actes isolés. Les situations contextuelles et interactionnelles, les modalités communicationnelles mobilisées ainsi que les perceptions exprimées convergent vers une compréhension plus globale de la communication prénatale, envisagée comme un processus dynamique, évolutif et continuellement ajusté aux réalités cliniques, relationnelles, organisationnelles, socioculturelles et numériques.

L'analyse comparative constante des récits a ainsi permis de dépasser la description des expériences individuelles pour mettre en évidence une organisation cohérente des pratiques communicationnelles. Les sages-femmes articulent, selon les besoins des mères et les exigences des situations rencontrées, les interactions en présentiel, les échanges téléphoniques et les communications par WhatsApp afin d'assurer la continuité de l'accompagnement, de renforcer la relation thérapeutique et d'adapter leurs interventions tout au long du parcours prénatal.

Cette montée en abstraction a progressivement conduit à la conceptualisation de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP). Celle-ci représente la principale contribution théorique de cette recherche. Elle propose de

comprendre la communication prénatale comme un processus bimodal, bidirectionnel, centré sur la personne et fondé sur l'interdépendance de plusieurs dimensions complémentaires qui agissent de manière synergique pour répondre aux besoins évolutifs des mères.

Ainsi, l'AHICP ne constitue pas une simple juxtaposition des modalités communicationnelles observées sur le terrain. Elle représente un modèle conceptuel enraciné dans les données empiriques, capable d'expliquer la manière dont les sages-femmes mobilisent différentes ressources communicationnelles afin d'assurer la qualité, la continuité et l'humanisation du suivi prénatal. Les sections suivantes présentent les fondements empiriques de cette approche, les dimensions qui la structurent, les conditions nécessaires à sa mise en œuvre, sa modélisation conceptuelle ainsi que les leviers d'amélioration qui en découlent pour la clinique, l'enseignement et la recherche.

4.4.2 Fondements empiriques de l'approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP)

L'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP) trouve son fondement dans la convergence des résultats issus de cette recherche. Elle ne constitue pas une construction théorique indépendante des données, mais l'aboutissement du processus de théorisation enracinée ayant permis d'articuler progressivement les catégories émergentes élaborées au cours de l'analyse inductive.

Les résultats montrent d'abord que la communication prénatale s'inscrit dans un environnement complexe où les dimensions organisationnelles, cliniques, relationnelles, culturelles et socioéconomiques influencent continuellement les interactions entre les sages-femmes et les mères. Ces réalités contextuelles façonnent les pratiques communicationnelles et déterminent les possibilités d'accompagnement tout au long du parcours prénatal.

L'analyse met ensuite en évidence que les modalités communicationnelles mobilisées par les sages-femmes ne relèvent pas d'une logique de substitution, mais de complémentarité. Les échanges en personne, téléphoniques et numériques s'articulent selon les besoins des mères, les situations rencontrées et les ressources disponibles afin d'assurer la continuité, la réactivité et la personnalisation du suivi prénatal.

Les perceptions exprimées par les participantes révèlent par ailleurs les conditions qui favorisent une communication de qualité, notamment l'écoute, l'empathie, la disponibilité, la confiance et le soutien émotionnel, tout en mettant en évidence les obstacles susceptibles qui en limitent leurs l'efficacité, tels que les contraintes organisationnelles, les difficultés relationnelles, les barrières linguistiques ou certaines vulnérabilités psychosociales. Au-delà de ces constats, les participantes ont également fait émerger des pistes d'amélioration portant sur le renforcement des compétences communicationnelles, l'intégration réfléchie des technologies numériques, la collaboration interprofessionnelle et l'adaptation des pratiques aux besoins évolutifs des mères.

Ainsi, l'AHICP repose sur l'articulation de ces quatre ensembles de résultats. Les situations vécues permettent de comprendre le contexte de la communication; les modalités en expliquent le fonctionnement; les perceptions en éclairent les facilitateurs et les obstacles; enfin, les opportunités d'amélioration ouvrent la voie à une transformation des pratiques. C'est de cette convergence empirique qu'émerge une compréhension intégrée de la communication prénatale, laquelle servira de fondement à la présentation des dimensions constitutives de l'AHICP

4.4.2.1 Les cinq dimensions constitutives

Les analyses ont permis de dégager cinq dimensions constitutives de l'AHICP : la dimension relationnelle, la dimension numérique, la dimension cognitive, la dimension émotionnelle et la dimension collaborative. Chacune répond à une vulnérabilité

communicationnelle mise en évidence dans les résultats et apporte une contribution spécifique à l'optimisation de la communication prénatale. Leur complémentarité confère à l'AHICP son caractère holistique et intégratif.

Vécu de la communication centrée sur la mère : dimension relationnelle

La dimension relationnelle constitue le socle de l'AHICP. Elle émerge des données comme la condition essentielle permettant l'établissement d'une relation de confiance entre la sage-femme et la mère. Les analyses montrent que l'écoute active, l'empathie, la disponibilité et la reconnaissance de la singularité de chaque mère ne relèvent pas uniquement de compétences communicationnelles, mais d'une véritable posture professionnelle qui oriente l'ensemble de l'accompagnement prénatal. Cette dimension trouve son origine dans les situations interactionnelles décrites par les participantes, les modalités de communication mobilisées ainsi que les perceptions positives associées à l'écoute, au respect et au soutien émotionnel. Les analyses comparatives montrent que ces éléments convergent vers un même mécanisme relationnel.

L'analyse des verbatims révèle que cette dimension ne se limite pas à une technique d'entretien, mais s'inscrit dans une philosophie relationnelle où la mère est reconnue comme sujet et partenaire du soin.

Bella souligne que le fait de centrer la communication sur la mère « facilite la collaboration, parce que je lui laisse plus la parole ». Elle précise : « *Quand je parle moins et que je l'écoute davantage, elle me dit des choses qu'elle n'aurait peut-être pas dites autrement* ». Cette ouverture favorise, selon elle, une coconstruction du suivi prénatal.

Pour Norine, une communication centrée sur la mère constitue « un espace où elle peut déposer ses peurs ». Elle rapporte : « *Souvent, elles ont peur de perdre le bébé, peur d'une complication, mais elles n'osent pas le dire tout de suite. Quand on les écoute vraiment, elles finissent par exprimer leurs craintes* ». Elle ajoute que ces confidences lui permettent d'ajuster son protocole de soins : « *Quand elle me parle de ses*

antécédents ou d'une mauvaise expérience passée, je ne peux pas la suivre de manière standard ; je dois adapter ma prise en charge ».

Florine et Sierra décrivent cette approche comme « une ouverture à l'histoire de vie de la mère ». Florine affirme : « *On ne soigne pas seulement une grossesse, on accompagne une mère avec son histoire* ». Sierra renchérit : « *Quand elle sent qu'on lui accorde toute notre attention, elle se sent plus en sécurité pour dire ce qu'elle veut vraiment* ». Cette sécurité relationnelle favorise l'autonomie décisionnelle et l'expression des préférences.

Dorine, pour sa part, perçoit l'écoute des préoccupations comme un levier d'amélioration de sa propre pratique : « *Quand une mère exprime ce qui l'inquiète, cela m'aide à mieux l'orienter dans ses choix* ». Elle ajoute : « *Chaque préoccupation entendue est une occasion d'apprendre et d'améliorer ma façon d'accompagner* ». Ces récits montrent que la communication centrée sur la mère dépasse la simple transmission d'informations. Elle favorise une coconstruction des soins où la mère devient actrice de son parcours prénatal. L'écoute apparaît ainsi comme un mécanisme permettant d'accéder aux préoccupations parfois implicites des mères et d'adapter les interventions à leur réalité. Ainsi, la dimension relationnelle constitue l'un des fondements de l'AHICP puisqu'elle soutient les autres dimensions du modèle. En l'absence d'une relation de confiance, les dimensions cognitives, corporelles, numériques et collaboratives ne peuvent pleinement contribuer à une communication prénatale adaptée.

Vécu de l'intégration des technologies de l'information et de la communication (TIC) : dimension numérique

La dimension numérique de l'AHICP émerge des données comme une réponse aux limites de la communication exclusivement en présentiel. Les analyses montrent que les technologies de l'information et de la communication (TIC), notamment le téléphone mobile, WhatsApp, les plateformes numériques et les ressources

scientifiques en ligne, constituent des outils complémentaires permettant d'assurer la continuité des échanges entre la sage-femme et la mère au-delà de la consultation prénatale. Cette dimension ne repose pas uniquement sur l'utilisation de technologies, mais sur leur mobilisation réfléchie afin de maintenir le lien thérapeutique, faciliter l'accès à l'information et répondre plus rapidement aux besoins des mères.

Cette dimension trouve son origine dans les modalités communicationnelles mises en évidence au cours de l'analyse ainsi que dans les opportunités d'amélioration exprimées par les participantes. Les données révèlent que les outils numériques prolongent la relation de soins, favorisent l'accessibilité des professionnelles et renforcent la continuité du suivi, tout en exigeant une utilisation adaptée aux réalités sociales, économiques et technologiques des mères. Laurianne y voit « une opportunité de s'arrimer à ce qui se fait ailleurs », soulignant que « la profession doit évoluer avec son temps ».

Norine qualifie les TIC « d'idée novatrice » permettant de « créer un lien à distance avec les mères ». Elle explique : « *Même quand elles ne sont pas à l'hôpital, elles peuvent poser une question, envoyer un message, demander un conseil* ». Elle évoque également l'apport des plateformes en ligne et des publications scientifiques : « *Cela nous permet d'actualiser nos connaissances et de mieux informer les mères* ». Selon elle, ces outils constituent « un grand avantage aussi bien pour les sages-femmes que pour les mères », notamment en facilitant l'accès à des informations sur la maternité en général et la grossesse en particulier.

Bella met en avant l'usage quotidien de WhatsApp : « *Je m'en sers énormément pour communiquer* ». Elle précise : « *Au niveau de l'Association des sages-femmes du Gabon (ASFG), nous avons un groupe WhatsApp pour échanger sur nos activités, comme l'organisation de la journée internationale des sages-femmes* ». Toutefois, elle souligne les limites structurelles : « *Quand il y a des coupures d'électricité ou des problèmes de connexion, vous êtes comme coupées du monde. À un moment donné, cela rend triste* ».

Sierra insiste sur l'importance d'un meilleur accès aux médias locaux : « *Si les médias parlaient davantage des soins prénatals de qualité, les mères viendraient plutôt et plus confiantes* ». Au-delà des usages rapportés, les récits montrent que les TIC ne sont pas perçues comme une finalité en soi, mais comme des moyens d'enrichir la communication prénatale. Elles facilitent la transmission rapide d'informations, le maintien du contact entre les consultations, l'actualisation des connaissances professionnelles ainsi que le partage de ressources utiles aux mères. Toutefois, les participantes rappellent que leur efficacité demeure conditionnée par l'accès aux infrastructures numériques, la disponibilité des réseaux de communication et les compétences numériques des utilisatrices.

Ainsi, la dimension numérique ne vise pas à remplacer la communication en face-à-face, mais à la prolonger et à la compléter lorsque les circonstances le permettent. Elle contribue à renforcer la continuité, l'accessibilité et la réactivité des soins prénataux, tout en rappelant la nécessité de préserver l'équité d'accès aux services de santé. Cette complémentarité entre présence physique et médiation technologique constitue l'une des caractéristiques fondamentales de l'AHICP et participe à son caractère holistique et intégratif.

Vécu de la communication incarnée dans le soin: dimension corporelle

La dimension corporelle de l'AHICP émerge des données comme une composante essentielle de la communication prénatale. Les analyses ont montré que la relation entre la sage-femme et la mère ne s'établit pas uniquement à travers les échanges verbaux, mais également par les gestes de soins, la présence professionnelle, l'examen clinique, le toucher thérapeutique, l'attention portée au confort ainsi que l'environnement dans lequel se déroule la consultation. Ainsi, le soin devient lui-même un langage qui traduit la considération, le respect, la sécurité et l'accompagnement offerts à la mère.

Cette dimension trouve son origine dans les expériences rapportées par les participantes, lesquelles décrivent une pratique où les interventions cliniques et la communication sont indissociables. Les soins prodigués deviennent alors des occasions privilégiées d'établir une relation de confiance, de soutenir l'autonomie de la mère et de favoriser son engagement dans le suivi prénatal.

Florine affirme : « *Prodiguer les soins sur la future mère, c'est l'aider à devenir autonome et à prendre en main sa propre santé* ». Elle considère la mère comme « porteuse de ressources » et non comme simple bénéficiaire passive des soins.

Bella souligne, pour sa part, la dimension valorisante de cette approche : « *Quand on reconnaît sa manière d'agir et ses efforts, elle prend davantage confiance en elle* ». Elle observe que « *la communication devient plus fluide quand la mère se sent respectée et considérée* ».

Norine exprime cette dimension par une formule imagée : « *Rendre à César ce qui est à César », en précisant : « Sans future mère, il n'y a pas de sages-femmes* ». Elle ajoute que, lorsque le temps le permet, elle veille à fournir « toute l'information possible sur les procédures » et à répondre aux questions : « *Cela facilite un bon suivi* ». Elle reconnaît toutefois les contraintes organisationnelles : « *Le temps manque souvent, et cela ne me permet pas toujours de faire tout ce que je voudrais* ». Dorine insiste sur l'importance du soutien psychologique, notamment en cas de statut sérologique positif : « *Je leur dis souvent de rester positives* ». Elle observe que cette attitude contribue à « réduire le stress et l'anxiété ». Selon elle, « *quand elles reprennent confiance en elles, elles se sentent plus en sécurité* ».

Enfin, Laurianne évoque l'adaptation des soins aux besoins spécifiques de chaque mère : « *Chaque grossesse est unique* ». Elle veille au confort physique et environnemental : « *La propreté des salles, le confort des installations, cela compte énormément* ». Elle souligne que le séjour hospitalier est « décisif pour la continuité des soins » et observe que « *lorsqu'une mère vit une bonne expérience, il y a de fortes chances qu'elle revienne ou qu'elle recommande la structure de santé* ».

Au-delà des gestes techniques, les verbatims montrent que le soin constitue une modalité de communication à part entière. Le toucher, les explications données durant les examens, la reconnaissance des efforts de la mère, le soutien psychologique ainsi que l'attention portée à son confort physique et environnemental participent conjointement à la construction d'une relation thérapeutique sécurisante. Cette communication incarnée favorise la confiance, réduit les inquiétudes et encourage une participation plus active de la mère dans son parcours de grossesse.

Ainsi, la dimension corporelle dépasse la seule réalisation des actes cliniques. Elle traduit une manière d'habiter la relation de soins où chaque intervention devient porteuse de sens communicationnel. En complément des dimensions relationnelles et numériques, elle contribue à faire de l'AHICP un modèle intégrant simultanément les dimensions humaines, cliniques et expérientielles de la consultation prénatale.

Vécu de la communication fondée sur les preuves : dimension cognitive

La dimension cognitive de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP) émerge des données comme le fondement intellectuel de la relation de soins. Les participantes montrent que la qualité de la communication ne dépend pas uniquement des compétences relationnelles, mais également de la capacité de la sage-femme à mobiliser des connaissances scientifiques actualisées, à les interpréter de manière critique et à les rendre compréhensibles pour chaque mère. Cette dimension traduit ainsi une communication fondée sur les preuves, où les savoirs scientifiques deviennent des ressources mobilisées pour soutenir la décision clinique, renforcer la confiance et favoriser une participation éclairée de la mère.

Florine souligne que « *baser sa pratique sur des preuves, c'est éviter de faire les choses parce qu'on a toujours fait comme ça* ». Elle ajoute : « *Quand je conseille une mère, je dois être capable d'expliquer d'où vient la recommandation* ». Norine abonde dans le même sens en affirmant : « *Les données probantes nous donnent une assurance*

professionnelle, mais elles rassurent aussi les mères ». Selon elle, l'approche fondée sur les preuves transforme la communication prénatale en un espace de pédagogie et de transparence : « *Quand la mère comprend pourquoi on lui demande de revenir souvent, elle n'a plus l'impression qu'on lui impose quelque chose. Elle se sent impliquée, et cela change tout dans le suivi* ». Dorine précisait que : « *Quand on connaît ses chiffres, on comprend mieux où agir et comment améliorer la prise en charge* ». Les verbatims montrent que les données scientifiques ne sont pas mobilisées comme une simple exigence professionnelle ou réglementaire. Elles deviennent un support de communication permettant de justifier les recommandations cliniques, de répondre aux questionnements des mères et de réduire les incertitudes liées à la grossesse. Ainsi, la connaissance scientifique acquiert une fonction communicationnelle en favorisant un dialogue transparent, argumenté et compréhensible.

L'évolution vers le modèle des huit contacts prénatals illustre cette transformation des pratiques. Les recommandations internationales ne sont pas uniquement appliquées; elles sont expliquées, contextualisées et négociées avec les mères afin de favoriser leur adhésion. La communication devient alors le vecteur par lequel les connaissances scientifiques se traduisent en pratiques cliniques adaptées aux réalités sociales et culturelles des mères.

Dans cette perspective, les séances d'Information, Éducation et Communication (IEC) illustrent particulièrement cette dimension cognitive. Elles constituent des espaces de médiation où les connaissances scientifiques sont traduites en messages accessibles, favorisant la compréhension, l'autonomie décisionnelle et le développement de la littératie en santé. Les participantes montrent ainsi que communiquer consiste autant à transmettre des informations qu'à construire une compréhension partagée des enjeux de santé.

Dorine illustre cette intériorisation de la démarche scientifique à travers le suivi de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Elle explique : « *Je savais le nombre de femmes enceintes séropositives reçues par mois. Cette donnée me guidait*

dans mes interventions, surtout pour les mises sous traitement antirétroviral ». Pour elle, l'utilisation des indicateurs cliniques et des données de suivi montre que le raisonnement scientifique oriente également la communication professionnelle. Les informations recueillies deviennent des outils d'aide à la décision permettant d'adapter les interventions, de cibler les besoins prioritaires et d'améliorer la qualité des soins. Cette posture témoigne d'une appropriation réflexive des connaissances, intégrées au jugement clinique plutôt appliqué de manière mécanique.

Par ailleurs, les participantes exprimaient le souhait de renforcer les passerelles entre recherche et pratique. Leur participation à la présente étude a été vécue comme une expérience valorisante et stimulante. Bella confie avec enthousiasme : « *C'était un plaisir de participer à cette recherche. On apprend, on se remet en question et ça fait aussi tourner les neurones!* ». L'expérience de participation à la recherche révèle enfin que la dimension cognitive dépasse le seul usage des données scientifiques. Elle favorise également le développement d'une posture réflexive où les sages-femmes réinterrogent leurs pratiques, confrontent leurs expériences aux connaissances produites et participent elles-mêmes à la construction des savoirs. La recherche devient ainsi un espace de professionnalisation continue et d'amélioration des pratiques communicationnelles.

Dans l'AHICP, la dimension cognitive renvoie à la capacité de transformer les connaissances scientifiques en ressources communicationnelles mobilisables dans la relation de soins. Elle ne consiste pas seulement à appliquer des recommandations fondées sur les preuves, mais à les expliquer, les contextualiser, les discuter et les adapter aux besoins, aux capacités de compréhension et aux réalités vécues par chaque mère. Cette dimension établit ainsi un lien dynamique entre recherche, enseignement et pratique clinique. En intégrant les données probantes au dialogue avec les mères, la communication prénatale devient un processus d'apprentissage partagé, favorisant la prise de décision éclairée, le renforcement du pouvoir d'agir des mères et l'amélioration continue des pratiques professionnelles. La dimension cognitive

complète ainsi les autres dimensions en apportant au modèle AHICP son fondement scientifique et réflexif.

Vécu de la communication collaborative et interprofessionnelle : dimension collaborative

La dimension collaborative de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP) émerge des données comme le prolongement collectif de la communication de soins. Les participantes montrent que la qualité des interactions avec les mères dépend également de la qualité des échanges entre les différents professionnels impliqués dans leur prise en charge. La communication collaborative apparaît ainsi comme un mécanisme de coordination, de complémentarité des expertises et de coresponsabilité, permettant d'assurer la continuité, la cohérence et la sécurité des soins prénatals. Cette dimension élargit la communication au-delà de la relation dyadique sage-femme-mère pour l'inscrire dans une dynamique interprofessionnelle au service d'un accompagnement global de la grossesse.

Pour Dorine et Bella, ces interactions représentent avant tout des moments de coordination des soins. Bella précise : « *On ne travaille jamais seule. Chaque cas complexe demande l'avis ou l'intervention d'un autre professionnel* ». Sierra met l'accent sur la complémentarité des expertises : « *Lorsqu'une équipe interprofessionnelle fonctionne bien, elle est souvent plus efficace pour identifier et résoudre les problèmes complexes ou les complications* ». Ces verbatims permettent de souligner que la collaboration interprofessionnelle ne consiste pas uniquement à répartir les tâches entre plusieurs intervenants. Elle constitue un processus communicationnel continu où les informations sont partagées, discutées et réinterprétées collectivement afin d'élaborer des décisions adaptées aux situations parfois complexes rencontrées en consultation prénatale. La communication devient ainsi le principal vecteur de coordination des soins.

Dorine évoque le suivi des mères séropositives comme un exemple significatif : « *Lors des rencontres de suivi PTME, toute une équipe était autour de la mère : certains pour le suivi de la grossesse, d'autres pour les examens de laboratoire, d'autres encore pour la distribution des antirétroviraux* ». L'exemple du suivi des mères vivant avec le VIH illustre particulièrement cette dynamique collaborative. Les participantes montrent que la coordination entre les différents professionnels favorise une continuité des interventions, réduit les ruptures de prise en charge et sécurise davantage le parcours de soins des mères. La communication interprofessionnelle apparaît alors comme une condition essentielle de l'intégration des soins maternels.

Pour Norine, la collaboration interprofessionnelle est vécue comme un accès à une expertise élargie : « *Certaines situations dépassent nos compétences individuelles; l'équipe permet d'aller plus loin* ». Toutefois, elle insiste sur l'importance d'une communication fluide entre professionnels : « *Sans une bonne communication, il peut y avoir confusion. Mais quand on échange clairement, les mères sont mieux informées et mieux préparées* ». Les données mettent également en évidence que la collaboration repose sur une communication claire, fluide et réciproque entre les professionnels. Le partage des informations limite les incompréhensions, facilite les décisions concertées et permet aux mères de recevoir des messages cohérents tout au long de leur parcours prénatal.

Quant à Florine, elle apprécie particulièrement les moments de partage du rapport de service lors des échanges des quarts de travail : « *Les échanges verbaux et écrits sont essentiels pour assurer la continuité* ». En tant que formatrice de stagiaires, elle perçoit ces interactions comme des occasions d'apprentissage collectif : « *Le dévouement des stagiaires et la coopération des mères enrichissent les séances d'IEC* ». Les transmissions entre équipes et les activités de formation clinique révèlent que cette dimension collaborative possède également une fonction pédagogique. Les échanges professionnels deviennent des espaces d'apprentissage où l'expérience clinique, les savoirs scientifiques et les compétences communicationnelles circulent entre professionnelles expérimentées, étudiantes et autres membres de l'équipe. La

collaboration contribue ainsi au développement des compétences individuelles et collectives.

Laurianne témoigne des retombées institutionnelles positives de cette collaboration : « *Le travail d'équipe a amélioré la renommée de notre unité* ». Elle observe que l'approche concertée permet d'offrir un soutien holistique, intégrant les dimensions physiques, émotionnelles et sociales de la santé maternelle. Elle conclut : « *Quand les professionnels se soutiennent mutuellement, les mères ressentent cette cohésion. Cela renforce leur confiance envers l'équipe soignante et rend leur séjour plus sécurisant* ».

Les retombées institutionnelles évoquées par les participantes montrent que la collaboration interprofessionnelle dépasse les bénéfices individuels. En favorisant une vision commune des objectifs de soins, elle renforce la qualité organisationnelle, améliore la confiance des usagers envers les services de santé et soutient une approche globale de la santé maternelle intégrant les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et environnementales.

En somme, la dimension collaborative désigne la capacité des différents acteurs du système de santé à construire collectivement une communication cohérente, coordonnée et centrée sur les besoins de la mère. Elle traduit une conception de la communication comme responsabilité partagée, où chaque professionnel contribue, par son expertise, à la continuité et à la qualité des soins.

Cette dimension complète les dimensions relationnelles, numériques, corporelles et cognitives en inscrivant la communication prénatale dans une logique systémique où les interactions entre professionnels deviennent elles-mêmes des leviers d'amélioration de l'expérience des mères et des résultats en santé maternelle et néonatale. Elle confère ainsi à l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale sa portée organisationnelle et interprofessionnelle, en reliant la relation de soins à l'ensemble du réseau d'acteurs qui la soutient.

4.4.2.2 Représentation graphique et interprétation de l'approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP).

CONTEXTE DES CONSULTATIONS PRÉNATALES

(Réalités cliniques, organisationnelles et relationnelles)

↓

VÉCU COMMUNICATIONNEL DES SAGES-FEMMES (Situations cliniques, organisationnelles, relationnelles, socioculturelles – modalités communicationnelles, stratégies – perceptions – opportunités)

↓

APPROCHE HOLISTIQUE INTÉGRATIVE DE LA COMMUNICATION PRÉNATALE (AHICP) – Théorie émergente

(Communication prénatale bimodale, bidirectionnelle et contextualisée)

Relationnelle Numérique Corporelle Cognitive Collaborative

↓

Conditions de mise en œuvre

- Environnement favorable
- Communication bimodale
- Communication bidirectionnelle
- Continuité des soins
- Accessibilité
- Éthique
- Compétences professionnelles

↓

Contributions et bénéfices

- Qualité des échanges
- Confiance
- Personnalisation
- Continuité
- Coordination
- Autonomie des mères

↓

Leviers d'amélioration

Pratique clinique │ Enseignement │ Recherche

Figure 6 : Représentation de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP).

Cette modélisation illustre le processus de théorisation issu de l'analyse inductive du vécu communicationnel des sages-femmes. Elle met en évidence les cinq dimensions constitutives de l'AHICP (relationnelle, numérique, corporelle, cognitive et collaborative), leurs interactions dynamiques, les conditions nécessaires à leur mise en œuvre, ainsi que leurs contributions et leurs leviers d'amélioration pour la pratique clinique, l'enseignement et la recherche. Le modèle montre que la communication prénatale constitue un processus intégré, bimodal, bidirectionnel et contextualisé, orienté vers l'amélioration continue de la qualité des soins maternels.

4.4.3 Conditions nécessaires À une intégration harmonieuse de l'approche holistique intégrative de la communication PRÉNATALE (AHICP)

Introduction

L'analyse des données montre que l'intégration de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP) repose sur un ensemble de conditions

interdépendantes qui dépassent les seules compétences individuelles des sages-femmes. Les participantes mettent en évidence que l'efficacité de cette approche dépend simultanément de facteurs relationnels, organisationnels, matériels, technologiques et éthiques. Ces conditions, progressivement révélées au cours de l'analyse, constituent les fondements de sa mise en œuvre dans les consultations prénatales.

Avant la rencontre

Avant même la rencontre clinique, les participantes considèrent que certaines conditions organisationnelles et matérielles favorisent la qualité de la communication. Elles soulignent notamment l'importance d'un environnement garantissant la confidentialité, le confort et la disponibilité des ressources nécessaires aux échanges en présentiel comme à distance, par exemple, un téléphone fonctionnel, une connexion Wi-Fi ou des données mobiles fiables, un ordinateur, etc.

Pendant la rencontre

Pendant la consultation, les données montrent que la qualité de l'interaction repose principalement sur les compétences communicationnelles de la sage-femme. L'écoute active, le temps accordé à la mère, l'adaptation du langage et la capacité à répondre aux préoccupations exprimées apparaissent comme des conditions essentielles permettant l'instauration d'une relation de confiance. Par exemple, au lieu de mentionner que la mère présente des « algies pelviennes », il est préférable d'indiquer qu'elle ressent des douleurs au bas-ventre. Cette clarté favorise la compréhension, réduit l'anxiété et renforce le sentiment de sécurité et de confiance.

Après la rencontre

Les participantes considèrent que la communication ne s'interrompt pas à la fin de la consultation. Le suivi des informations transmises, la vérification de leur compréhension et la continuité des échanges par les consultations ultérieures ou les outils numériques apparaissent comme des conditions favorisant la pérennité de la relation thérapeutique et l'adhésion au suivi prénatal.

Ces différentes conditions révèlent que l'AHICP ne repose pas uniquement sur l'intégration de plusieurs modalités communicationnelles. Son efficacité dépend

également d'un environnement clinique capable de soutenir cette intégration. Les dimensions relationnelles, organisationnelles, technologiques et éthiques apparaissent ainsi comme des conditions interdépendantes qui rendent possible une communication véritablement holistique, continue et centrée sur les besoins de la mère.

En définitive, les conditions identifiées par les participantes montrent que l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale ne peut être réduite à un ensemble de techniques communicationnelles. Elle suppose la mobilisation simultanée de ressources humaines, organisationnelles, matérielles et technologiques permettant d'assurer la continuité, la cohérence et la personnalisation du suivi prénatal. L'analyse fait ainsi émerger un cadre d'action où les conditions de mise en œuvre constituent elles-mêmes des leviers indispensables à l'opérationnalisation de l'AHICP.

4.4.4 Contributions et avantages de l'approche holistique intégrative de la communication prénatale

D'une manière globale, au-delà des avantages propres à chacune des modalités de communication, l'analyse montre que leur articulation produit un effet synergique. L'intégration du présentiel et du numérique ne se traduit pas par une simple addition d'outils, mais par l'émergence d'une nouvelle manière d'accompagner la grossesse, fondée sur la continuité, la complémentarité et l'adaptation permanente aux besoins de la mère. Dans cette perspective, l'AHICP apparaît comme un levier d'amélioration de la qualité, de la personnalisation et de la coordination des soins prénatals.

4.4.5 Défis de l'approche holistique intégrative de la communication prénatale

L'analyse a également permis d'identifier des défis inhérents à la combinaison des communications numériques et présentielles. Parmi ceux-ci, la gestion de l'information constitue un enjeu majeur. Des données non synchronisées ou mal centralisées peuvent

engendrer des incohérences, des duplications d'efforts ou, dans certains cas, de la confusion dans le suivi clinique.

Par ailleurs, la multiplicité des canaux de communication soulève des questions de disponibilité et d'équité. Les rencontres en dehors des heures de travail, souvent nécessaires pour répondre aux besoins des mères, ne sont pas rémunérés, ce qui constitue un facteur de charge supplémentaire pour les sages-femmes. Certaines mères rencontrent également des difficultés linguistiques ou une maîtrise limitée des outils numériques, préférant les interactions en personne. Ces situations exigent de la part de la sage-femme une adaptation attentive et un accompagnement supplémentaire pour garantir l'accessibilité et la compréhension des informations.

De même, la mise en œuvre efficace de cette approche nécessite que les sages-femmes et l'ensemble des professionnels des équipes de soins soient formés à l'utilisation optimale des outils numériques tout en maintenant leurs compétences en consultation en personne. Les mères, de leur côté, bénéficieraient d'un soutien ou d'une formation pour exploiter pleinement les ressources à leur disposition, maximisant ainsi l'efficacité du suivi prénatal.

Enfin, les défis identifiés montrent que la mise en œuvre de l'AHICP demeure indissociable des réalités organisationnelles, technologiques et humaines dans lesquelles exercent les sages-femmes. Les contraintes liées aux infrastructures, à la disponibilité professionnelle, aux compétences numériques ou encore aux inégalités d'accès rappellent que cette approche ne constitue pas une solution universelle, mais un cadre adaptatif dont l'efficacité dépend du contexte de mise en œuvre. L'analyse révèle ainsi que l'optimisation de la communication prénatale repose autant sur l'évolution des pratiques professionnelles que sur l'amélioration des conditions organisationnelles qui les soutiennent.

4.4.6 Leviers d'amélioration pour la pratique clinique, l'enseignement et la recherche

L'analyse théorisante met en évidence que l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP) ne constitue pas uniquement une conceptualisation du vécu communicationnel des sages-femmes. Elle fait émerger des leviers d'amélioration susceptibles de transformer durablement les pratiques professionnelles, la formation des futures intervenantes ainsi que le développement des connaissances en santé maternelle. Ces leviers découlent directement des résultats empiriques et traduisent le potentiel opérationnel de cette approche dans les domaines clinique, pédagogique et scientifique.

Leviers d'amélioration pour la pratique clinique

Les résultats ont montré que l'AHICP favorise une évolution des pratiques cliniques vers une prise en charge davantage centrée sur la mère, personnalisée et adaptée à la singularité de chaque grossesse. L'articulation de la communication en présentiel avec les modalités numériques permet d'assurer une continuité relationnelle au-delà de la consultation, d'améliorer l'accessibilité des professionnelles et de renforcer le suivi des situations nécessitant une attention particulière.

L'écoute active, la reconnaissance des préoccupations exprimées, l'adaptation du langage aux capacités de compréhension des mères ainsi que la prise en compte des dimensions émotionnelles, sociales et culturelles constituent des leviers essentiels pour renforcer la qualité de la relation thérapeutique. L'intégration des données scientifiques aux échanges cliniques contribue également à soutenir une prise de décision partagée, à accroître la confiance des mères envers les recommandations proposées et à favoriser leur engagement dans le suivi prénatal.

Par ailleurs, la collaboration interprofessionnelle apparaît comme un levier majeur d'amélioration de la qualité des soins. La coordination entre les différents professionnels permet d'assurer une meilleure continuité des interventions, une

réponse plus rapide aux situations complexes et une prise en charge globale répondant simultanément aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et informationnels des mères.

Ainsi, l'AHICP offre un cadre clinique favorisant des soins prénatals plus humains, continus, sécuritaires et adaptés aux réalités contemporaines de la maternité.

Leviers d'amélioration pour l'enseignement

Les résultats ont souligné également la nécessité de repenser la formation initiale et continue des sages-femmes afin d'y intégrer pleinement les compétences communicationnelles mises en évidence par cette recherche. L'AHICP montre que la communication ne peut plus être considérée comme une compétence accessoire, mais comme une composante fondamentale de la qualité des soins.

Cette approche invite à développer des formations favorisant simultanément les dimensions relationnelle, numérique, corporelle, cognitive et collaborative de la communication prénatale. Les futures professionnelles gagneraient ainsi à être formées à l'écoute active, à la communication empathique, à l'utilisation judicieuse des technologies numériques, à la vulgarisation des données scientifiques, à la pratique réflexive ainsi qu'au travail interprofessionnel.

Les situations réelles de consultation, les simulations cliniques, les séances d'Information, Éducation et Communication (IEC) et les dispositifs de supervision clinique constituent autant de contextes propices au développement de ces compétences. La participation des professionnelles à la présente recherche témoigne d'ailleurs de l'intérêt d'intégrer davantage la réflexion critique et la production des connaissances dans les parcours de formation.

Ainsi, l'AHICP propose une vision renouvelée de l'enseignement de la communication prénatale, fondée sur une approche globale, contextualisée et évolutive, mieux adaptée aux transformations actuelles des pratiques de soins.

Leviers d'amélioration pour la recherche

Au-delà des retombées cliniques et pédagogiques, cette étude ouvre plusieurs perspectives de développement scientifique. Les résultats obtenus montrent que l'AHICP constitue un cadre conceptuel susceptible d'orienter de futurs travaux portant sur les interactions communicationnelles en santé maternelle.

Cette approche pourrait être approfondie dans différents contextes géographiques, culturels et organisationnels afin d'en examiner la transférabilité et les conditions d'application. Elle offre également des perspectives pour l'évaluation des interventions numériques en périnatalité, l'étude de la communication interprofessionnelle, le développement d'indicateurs de qualité communicationnelle ainsi que l'analyse de leurs effets sur l'expérience des mères et sur les résultats de santé maternelle et néonatale.

Par ailleurs, cette conceptualisation ouvre la voie à des recherches interdisciplinaires mobilisant les sciences de la communication, les sciences infirmières, la maïeutique, la santé publique et les technologies numériques en santé. Elle encourage également le développement de recherches participatives associant les sages-femmes, les mères et les autres professionnels dans une perspective de coconstruction des pratiques.

Ainsi, l'AHICP ne constitue pas seulement le résultat de cette recherche; elle représente également un point d'appui pour poursuivre le développement des connaissances et soutenir l'innovation en communication prénatale.

Une petite « synthèse des leviers d'amélioration » montre que l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale dépasse le statut d'une simple conceptualisation théorique pour devenir un véritable cadre d'action. En articulant les dimensions relationnelle, numérique, corporelle, cognitive et collaborative, elle propose une vision intégrée de la communication susceptible de transformer simultanément les pratiques cliniques, les dispositifs de formation et les orientations de la recherche. Cette portée transformatrice confirme le potentiel de l'AHICP comme

contribution originale au champ de la communication sociale appliquée à la santé maternelle et comme ressource stratégique pour l'amélioration durable de la qualité des soins prénatals.

Pris dans l'ensemble, les résultats de cette recherche montrent que la communication prénatale ne peut être comprise comme une succession d'interactions isolées entre la sage-femme et la mère. Elle se construit plutôt comme un processus communicationnel dynamique, contextuel et évolutif, mobilisant simultanément des dimensions relationnelles, corporelles, cognitives, collaboratives et numériques. L'analyse inductive révèle que ces dimensions ne fonctionnent pas indépendamment les unes des autres; elles interagissent continuellement pour soutenir une prise en charge globale, personnalisée et continue de la grossesse.

Les quatre objectifs spécifiques de cette recherche convergent ainsi vers une même compréhension théorique du vécu communicationnel des sages-femmes. Les situations vécues, les modalités communicationnelles mobilisées, les perceptions exprimées ainsi que les leviers d'amélioration identifiés s'articulent progressivement pour faire émerger une conceptualisation intégrée de la communication prénatale. Cette démarche conduit à la théorisation de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP), qui constitue la contribution originale de cette recherche.

Le chapitre suivant poursuivra cette montée en abstraction en mettant cette conceptualisation en dialogue avec les écrits scientifiques, afin d'en discuter les fondements théoriques, les convergences, les spécificités et les implications pour la pratique clinique, la formation des sages-femmes et la recherche en communication appliquée à la santé maternelle.

CHAPITRE V DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce cinquième chapitre vise à interpréter les résultats de cette recherche en les mettant en dialogue avec les connaissances scientifiques existantes et les réalités de la pratique des sages-femmes en consultation prénatale au Gabon. Au-delà d'une simple comparaison avec les travaux antérieurs, cette discussion cherche à comprendre la portée des résultats obtenus, à en dégager les convergences et les divergences avec la littérature, ainsi qu'à mettre en évidence les contributions originales de cette recherche au développement des connaissances sur la communication prénatale.

Inscrite dans une démarche de théorisation enracinée, cette discussion s'appuie sur les quatre catégories émergentes présentées au chapitre précédent. Elle poursuit le processus de montée en abstraction amorcé lors de l'analyse en interprétant les résultats à la lumière des théories mobilisées, des études empiriques antérieures et du contexte spécifique de la santé maternelle au Gabon. Cette démarche permet non seulement de confirmer ou de nuancer les connaissances existantes, mais également de proposer une lecture renouvelée de la communication prénatale à travers l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP).

Afin de répondre aux attentes méthodologiques de cette thèse doctorale, la discussion adopte une démarche systématique et structurée. Elle s'organise autour d'un parcours en trois temps : 1. Proposer le Constat : analyse des principaux résultats empiriques. Cette première section présente et interprète les principaux résultats empiriques obtenus à partir des vécus communicationnels des sages-femmes et indirectement ceux des mères, tel qu'ils se sont manifestés dans les quatre catégories ayant émergé de l'analyse théorisante. L'objectif est de rendre compte de la complexité, des tensions, des ajustements et des stratégies communicationnelles qui caractérisent les pratiques prénatales dans les milieux gabonais. 2. Faire des liens avec les théories, études ou recherche sur le sujet. Ce croisement permet d'examiner comment les résultats

confirment, nuancent ou enrichissent les connaissances existantes. 3. Identifier les besoins qui se dégagent pour l'enseignement, la clinique et la recherche, afin de formuler des recommandations précises, opérationnelles et transférables. Chacune des catégories est abordée en suivant ce triptyque constats, articulation théorique et contribution. Enfin, le chapitre se conclut par une discussion des forces et limites de la recherche.

5.1 PREMIÈRE CATÉGORIE : LA COMMUNICATION PRÉNATALE EST PROFONDÉMENT INFLUENCÉE PAR LES CONTEXTES CLINIQUES, ORGANISATIONNELS ET INTERACTIONNELS

5.1.1 Constat empirique : une communication prénatale située, dynamique et continuellement ajustée

À la lumière du premier objectif spécifique de cette recherche, les résultats que nous avons présentés au chapitre précédent montrent que la communication prénatale entre les sages-femmes et les mères ne peut être comprise indépendamment des contextes dans lesquels elle prend forme. L'analyse inductive révèle que les interactions communicationnelles s'inscrivent dans un environnement complexe où se croisent continuellement des dimensions cliniques, organisationnelles, relationnelles et socioculturelles. Ainsi, la communication prénatale apparaît moins comme une succession d'échanges standardisés que comme un processus relationnel situé, constamment modulé par les sages-femmes en fonction des réalités rencontrées. Cette compréhension rejoint la logique de la théorisation enracinée, selon laquelle les pratiques sociales doivent être appréhendées à partir des conditions concrètes dans lesquelles elles émergent et prennent sens (Glaser & Strauss, 1967 ; Charmaz, 2014).

Sur le plan clinique, les résultats montrent que certaines situations de grossesse nécessitent une modulation particulière des stratégies communicationnelles. Les

grossesses à risque, les situations de primiparité, l'accompagnement des mères vivant avec le VIH dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), les urgences obstétricales ou encore les situations de vulnérabilités économiques mobilisent chez les sages-femmes des formes différenciées de communication.
Selon la nature de la situation, la communication devient davantage : explicative pour favoriser la compréhension des informations médicales ; rassurante afin de réduire l'anxiété et l'incertitude ; empathique pour accueillir les émotions exprimées ; orientée vers la sécurisation clinique lorsque la situation présente un risque.
Ces ajustements prouvent que les sages-femmes ne mobilisent pas une communication uniforme, mais développent une capacité d'adaptation relationnelle en fonction de la vulnérabilité et des besoins spécifiques des mères accompagnées.

Sur le plan organisationnel, les résultats mettent également en évidence l'influence majeure des conditions d'exercice sur les possibilités communicationnelles. La surcharge de travail, l'insuffisance des ressources humaines et matérielles, l'affluence dans les structures sanitaires, les difficultés d'accès aux services de soins, ainsi que certaines contraintes liées aux technologies numériques limitent la possibilité d'une communication individualisée. Toutefois, loin de conduire uniquement à une réduction de la qualité relationnelle, ces contraintes amènent les sages-femmes à développer des stratégies de régulation afin de préserver la continuité du lien de soin. Elles ajustent leur disponibilité, diversifient les modes de contact et recherchent des solutions alternatives pour maintenir l'accompagnement des mères.
Enfin, les résultats ont révélé que les dimensions interactionnelles influencent profondément la qualité des échanges. Les différences culturelles, les barrières liées au jargon médical, les représentations divergentes de la grossesse, la peur du jugement ou encore la difficulté pour certaines mères d'exprimer leurs préoccupations peuvent modifier la dynamique relationnelle.

Dans ces situations, la communication devient un espace de négociation où la sage-femme doit continuellement ajuster sa posture afin d'établir une relation fondée sur la confiance, l'écoute et la reconnaissance de l'expérience vécue par la mère.

Pris ensemble, ces résultats ont montré que les situations cliniques, organisationnelles et interactionnelles n'agissent pas isolément. Elles s'articulent et se renforcent mutuellement pour construire le contexte dans lequel se développe le vécu communicationnel prénatal. La communication apparaît ainsi comme une pratique relationnelle adaptative, façonnée par les réalités professionnelles, institutionnelles et sociales propres au contexte gabonais.

5.1.2 Dialogue avec les théories, les études et les recherches antérieures

Les résultats du premier constat s'inscrivent dans le prolongement de nombreux travaux qui considèrent la communication en santé comme un phénomène relationnel, dynamique et contextuellement situé. Toutefois, ils contribuent également à enrichir ces perspectives en montrant comment ces dimensions prennent une forme particulière dans le contexte des consultations prénatales au Gabon. L'analyse met ainsi en évidence des points de convergence avec la littérature, mais également des nuances, des spécificités et des contributions originales qui permettent de mieux comprendre la complexité du vécu communicationnel prénatal.

Similitudes avec les connaissances existantes

Les résultats rejoignent d'abord les travaux de Street (2013), pour qui la communication en santé dépasse la simple transmission d'informations biomédicales. Elle constitue un processus interactif dans lequel le professionnel ajuste continuellement ses stratégies selon les besoins, les attentes, les émotions et les

caractéristiques de la personne accompagnée. Dans cette recherche, les sages-femmes illustrent concrètement cette dynamique d'amélioration. Leur communication varie selon la situation clinique, le niveau de compréhension de la mère, son état émotionnel, son contexte social et les ressources disponibles.

Ces observations rejoignent également la perspective interactionniste développée par Mishler (1984), selon laquelle la consultation médicale constitue un espace de négociation du sens entre différents acteurs. Les échanges ne correspondent donc pas uniquement à une transmission descendante du savoir professionnel vers la mère; ils représentent une construction progressive d'une compréhension commune. Dans le contexte prénatal gabonais, cette négociation apparaît notamment lorsque les sages-femmes doivent composer avec différentes représentations de la grossesse, des pratiques culturelles ou des attentes familiales.

Les résultats convergent aussi avec les perspectives phénoménologiques de Merleau-Ponty (1945) et de Van Manen (1990), selon lesquelles l'expérience humaine ne peut être comprise indépendamment du monde vécu des personnes. La grossesse n'est pas uniquement un événement biologique; elle constitue une expérience existentielle marquée par des émotions, des attentes, des inquiétudes et des significations personnelles. Les situations rapportées par les sages-femmes — grossesse désirée ou non, peur d'une complication, annonce d'un risque, suivi du VIH, perte périnatale — montrent que la communication prénatale doit nécessairement tenir compte de cette dimension vécue.

Ainsi, communiquer ne consiste pas uniquement à répondre à un problème médical, mais à accompagner une mère dans une expérience humaine singulière.

Les résultats convergent également vers les travaux de Watson (2008) sur le *caring*, qui considèrent la relation de soin comme une rencontre humaine fondée sur la présence, l'attention et la reconnaissance de la dignité de la personne. Dans cette perspective, la communication devient une manifestation du soin elle-même. En effet, les pratiques observées chez les sages-femmes — écouter une inquiétude, rassurer une mère anxieuse, maintenir un contact après la consultation — témoignent d'une

conception relationnelle du soin où la communication participe directement au soutien de l'expérience de grossesse.

Divergences et nuances apportées par l'étude : le contexte organisationnel comme acteur de la communication

Si les résultats corroborent plusieurs travaux antérieurs, ils mettent également en évidence des spécificités qui nuancent certaines conceptions de la communication en santé.

Premièrement, contrairement à plusieurs recherches menées dans des systèmes de santé disposant de ressources organisationnelles plus importantes, cette étude montre que les contraintes structurelles ne constituent pas seulement un contexte périphérique. Elles participent directement à la construction des pratiques communicationnelles. La surcharge professionnelle, les limites des infrastructures, les contraintes matérielles et les vulnérabilités socioéconomiques influencent concrètement la manière dont les sages-femmes peuvent communiquer. Ainsi, la communication prénatale apparaît comme une pratique négociée entre l'idéal relationnel du soin et les réalités institutionnelles du terrain.

Deuxièmement, les résultats nuancent certaines conceptions de la communication numérique en santé. Alors que plusieurs études présentent les technologies numériques comme des alternatives permettant de remplacer certaines interactions présentielles, cette recherche montre qu'au Gabon elles fonctionnent principalement comme des extensions relationnelles.

Le téléphone et WhatsApp ne remplacent pas la consultation en face-à-face ; ils prolongent la relation existante, permettent de répondre aux inquiétudes, assurent un suivi complémentaire et maintiennent une continuité du lien.

Cette observation contribue à une compréhension plus contextualisée de la santé numérique : l'efficacité d'un outil dépend moins de sa présence technique que de la manière dont il s'intègre dans une relation de soin.

Nouveautés mises en évidence par cette recherche

Au-delà des convergences et des divergences observées, cette recherche apporte plusieurs éléments originaux.

D'abord, elle montre que les situations cliniques, organisationnelles et interactionnelles ne doivent pas être analysées séparément. Elles s'articulent continuellement et construisent ensemble le contexte dans lequel se déploie la communication prénatale. Cette articulation permet de dépasser une lecture uniquement clinique ou uniquement relationnelle des interactions.

Ensuite, les résultats mettent en évidence le caractère profondément adaptatif de la communication prénatale. Les sages-femmes développent une véritable compétence de régulation qui consiste à ajuster en permanence leurs stratégies communicationnelles selon la nature de la grossesse, les ressources disponibles, les contraintes institutionnelles, les réalités socioculturelles et les besoins exprimés par les mères.

Enfin, cette étude fait émerger la communication prénatale comme un processus contextuel, hybride et évolutif, dans lequel les différentes modalités de communication sont mobilisées de manière complémentaire afin d'assurer la continuité relationnelle, pédagogique et clinique tout au long du parcours de grossesse.

Contributions scientifiques du premier constat et émergence du premier axe de l'AHICP

Ce premier constat contribue à enrichir les connaissances en communication sociale appliquée à la santé maternelle en proposant une compréhension intégrée des situations contextuelles qui orientent les pratiques communicationnelles des sages-femmes. Il montre que la communication prénatale résulte d'une interaction permanente entre les dimensions cliniques, organisationnelles et relationnelles, plutôt que d'une application uniforme de techniques de communication.

Sur le plan théorique, il renforce les approches interactionnistes, phénoménologiques et humanistes tout en soulignant la nécessité d'une lecture contextualisée de la communication en santé.

Sur le plan empirique, il documente une réalité encore peu étudiée : celle des pratiques communicationnelles des sages-femmes dans les consultations prénatales au Gabon.

Sur le plan conceptuel, il constitue le fondement du premier axe de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP): la communication prénatale est un processus contextualisé, façonné par l'interaction dynamique entre les réalités cliniques, organisationnelles, relationnelles et socioculturelles.

Il ouvre la voie aux constats suivants, qui montreront comment, dans ce contexte particulier, les sages-femmes développent une véritable compétence adaptative pour réguler le lien, le sens et la continuité du soin.

5.2 DEUXIÈME CATÉGORIE : LES MODALITÉS COMMUNICATIONNELLES PRÉNATALES REPOSENT SUR UNE ARTICULATION DYNAMIQUE ENTRE LE PRÉSENTIEL ET LE NUMÉRIQUE

Les résultats relatifs au deuxième objectif spécifique ont montré que la communication prénatale ne repose pas sur une modalité unique, mais sur une combinaison dynamique entre les communications en présence et à distance. Elles sont mobilisées en fonction des besoins cliniques, relationnels, éducatifs et organisationnels rencontrés tout au long du suivi de grossesse. Ainsi, les sages-femmes articulent de manière souple les interactions en face-à-face, les échanges téléphoniques et les communications par WhatsApp, auxquelles s'ajoutent diverses stratégies communicationnelles destinées à favoriser la compréhension, la participation des mères, la continuité du suivi et la sécurité des soins.

Loin de constituer des modalités concurrentes, ces différents moyens apparaissent comme complémentaires. Chacun répond à une fonction particulière selon la nature de

la situation rencontrée, le degré d'urgence, les besoins d'information ou le contexte de vie des mères. Cette organisation professionnelle traduit une communication évolutive, adaptative et contextualisée, qui dépasse l'opposition classique entre communication présentielle et communication à distance pour privilégier leur complémentarité au service de l'accompagnement prénatal.

5.2.1 Constat empirique

Les résultats ont révélé que les sages-femmes mobilisent plusieurs modalités communicationnelles qui s'articulent continuellement au cours du suivi prénatal. Le choix d'une modalité dépend moins de la technologie disponible que des besoins de la femme enceinte, de l'évolution clinique de la grossesse, des contraintes organisationnelles et de la nature des interactions à établir.

Le face-à-face demeure la modalité centrale de la relation thérapeutique. Il permet de mobiliser simultanément les dimensions verbales, non verbales, corporelles, éducatives et écrites de la communication lors des consultations prénatales, des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC), ainsi que des examens obstétricaux. Les participantes décrivent ce moment comme l'espace privilégié pour accueillir les préoccupations des femmes, observer leurs réactions, adapter les explications, établir une relation de confiance et réaliser une évaluation globale de leur situation. Cette modalité favorise un accompagnement personnalisé dans lequel la proximité relationnelle et corporelle contribue au sentiment de sécurité des mères.

La communication téléphonique occupe une fonction spécifique au sein du suivi prénatal. Elle intervient principalement lorsqu'une réponse rapide est nécessaire, notamment lors de symptômes inquiétants, de demandes de clarification après une consultation, du suivi des grossesses à risque, du programme PTME, des rappels de rendez-vous ou des situations nécessitant une orientation vers une structure de soins. Les participantes soulignent que le téléphone dépasse la simple transmission

d'informations : il constitue également une présence rassurante permettant de maintenir le lien entre la sage-femme et la mère malgré la distance. La possibilité de joindre une professionnelle connue réduit l'incertitude, soutient la prise de décision et renforce le sentiment de sécurité.

L'utilisation de WhatsApp introduit une autre dimension communicationnelle qui permet le partage de messages écrits, de notes vocales, de photographies, de documents et d'autres supports multimédias tout en favorisant la continuité des soins. Les sages-femmes l'utilisent pour répondre aux questions des mères, transmettre des informations complémentaires, assurer un suivi individualisé, offrir une réassurance à distance et maintenir une continuité relationnelle entre deux consultations.

Toutefois, les résultats montrent que ces échanges numériques s'inscrivent presque toujours dans une relation thérapeutique déjà construite en présentiel. Ainsi, WhatsApp apparaît moins comme une nouvelle forme de relation de soin que comme une continuité de la relation clinique établie lors des consultations.

Au-delà des modalités elles-mêmes, les participantes mobilisent un ensemble de stratégies communicationnelles visant à adapter continuellement leurs interventions aux besoins des mères. L'écoute active, la reformulation, l'adaptation du langage, la réassurance émotionnelle, la prise en compte des réalités socioculturelles ainsi que le recours aux proches lorsque cela est pertinent constituent les principales stratégies décrites. Ces ajustements permettent de favoriser la compréhension des informations, l'expression des préoccupations, l'engagement des femmes dans leur suivi et la construction d'une relation de confiance.

Dans leur ensemble, ces résultats montrent que la communication prénatale relève moins du choix d'un outil particulier que de la capacité des sages-femmes à combiner de manière souple différentes modalités et stratégies selon les exigences de chaque situation clinique. Les modalités présentielle et numérique ne s'opposent pas ; elles s'articulent dans une logique de complémentarité, de continuité et d'adaptation aux besoins des mères. Cette articulation dynamique constitue l'un des principaux

enseignements de cette recherche et prépare la compréhension de l'approche holistique intégrative de la communication prénatale développée dans les sections suivantes.

5.2.2 Mise en dialogue avec les cadres théoriques

Les résultats montrent que la communication en face-à-face demeure la modalité privilégiée des sages-femmes lors des consultations prénatales. Cette modalité mobilise simultanément des dimensions verbales, non verbales, corporelles, éducatives et relationnelles, permettant d'établir une relation thérapeutique fondée sur la confiance, l'écoute et l'accompagnement personnalisé. Les participantes décrivent le face-à-face comme le moment privilégié pour observer les besoins des mères, adapter les explications, réaliser les examens obstétricaux et instaurer un climat favorisant l'expression des préoccupations.

Convergences

Les résultats rejoignent d'abord les modèles de la communication centrée sur la personne développés par Stewart et al. (2014) et Epstein et Street (2011). Ces auteurs soutiennent qu'une communication efficace repose sur la compréhension de l'expérience vécue de la personne, l'adaptation des échanges à ses besoins et la construction d'une relation de partenariat. Dans cette recherche, les sages-femmes ajustent continuellement leurs modalités de communication selon l'évolution de la grossesse, les inquiétudes exprimées, le niveau de compréhension des mères et les contraintes de leur environnement. Le recours complémentaire au face-à-face, au téléphone et à WhatsApp illustre cette capacité d'adaptation, qui constitue un élément fondamental de la communication centrée sur la personne.

Les résultats corroborent également les travaux de Watson (2008) sur le Human Caring, selon lesquels la présence authentique, l'écoute active, la compassion et le respect de la dignité humaine constituent les fondements de la relation de soin. De manière

similaire, les sages-femmes rencontrées associent le face-à-face à une présence rassurante, à une disponibilité émotionnelle et à une relation de proximité permettant de répondre aux inquiétudes exprimées durant la grossesse. Les standards internationaux de l'International Confederation of Midwives (ICM, 2024) confirment cette importance accordée à la communication empathique, au respect de l'autonomie des mères et à l'établissement d'un partenariat thérapeutique.

Les résultats s'inscrivent également dans une perspective phénoménologique. Pour Merleau-Ponty (1945) et Van Manen (1990), toute rencontre entre le soignant et la personne soignée constitue une expérience incarnée dans laquelle le corps, le regard, les gestes, les silences et la proximité physique participent pleinement à la construction du sens. Les observations réalisées dans cette étude illustrent cette conception : le toucher clinique, l'examen obstétrical, la posture professionnelle et les manifestations non verbales deviennent autant de médiations communicationnelles favorisant la compréhension mutuelle et le sentiment de sécurité des mères. Par ailleurs, pour ces auteurs, la relation de soin est avant tout une expérience vécue où le corps, la parole, les silences, les gestes et la présence participent conjointement à la construction du sens. Les résultats montrent que, si cette expérience s'enracine d'abord dans la rencontre en face-à-face, certaines dimensions de cette présence peuvent être prolongées à distance. La voix entendue au téléphone, les messages vocaux, les photographies ou les échanges écrits par WhatsApp deviennent des médiations relationnelles qui permettent de maintenir une forme de co-présence malgré l'absence physique.

Sous l'angle interactionniste, les résultats rejoignent les analyses de Mishler (1984), selon lesquelles la consultation constitue un espace de négociation permanente entre le discours biomédical et le vécu de la personne. Les sages-femmes adaptent continuellement leurs explications aux préoccupations exprimées par les mères, négocient le sens des recommandations cliniques et cherchent à concilier exigences institutionnelles et réalités quotidiennes des mères. Cette dynamique rejoint également les travaux de Street (2013), qui considère la communication clinique comme un

processus situé, influencé par les interactions sociales, les contraintes organisationnelles et le contexte de soins.

Les résultats convergent enfin avec les recommandations récentes en santé numérique. Les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé (WHO, 2019) soulignent que les interventions numériques peuvent améliorer la continuité des soins, renforcer l'accessibilité et soutenir les systèmes de santé lorsqu'elles complètent les pratiques cliniques existantes. De même, les revues systématiques de Kruse et al. (2017) et de Shigekawa et al. (2018) montrent que les outils de télésanté améliorent la satisfaction des usagers, le suivi clinique et l'accès aux services lorsqu'ils sont intégrés dans une organisation des soins. Les pratiques observées dans cette étude s'inscrivent dans cette logique : le téléphone et WhatsApp prolongent la consultation prénatale, facilitent le maintien du lien thérapeutique et favorisent une réponse rapide aux besoins des mères.

Divergences et nuances

Malgré ces convergences, les résultats mettent en évidence plusieurs différences avec la littérature internationale. Dans de nombreux travaux consacrés à la télémédecine, les technologies numériques sont présentées comme des dispositifs institutionnalisés, intégrés dans des protocoles formels de soins et soutenus par des infrastructures technologiques robustes. Or, les pratiques décrites par les sages-femmes gabonaises reposent essentiellement sur leur initiative personnelle, leur disponibilité et leur engagement professionnel. L'usage du téléphone ou de WhatsApp relève davantage d'une stratégie d'adaptation aux contraintes du terrain que d'une organisation institutionnelle de la télésanté.

Par ailleurs, si plusieurs études soulignent les profits des technologies numériques, elles mettent également en garde contre les risques d'inégalités d'accès, de surcharge professionnelle, de confidentialité et de fracture numérique (WHO, 2019 ; Lavender et al., 2013). Les résultats de cette recherche confirment ces préoccupations. Les possibilités offertes par les communications numériques demeurent tributaires de la couverture réseau, de la disponibilité des appareils, des ressources financières des

mères et de leur littératie numérique. Ainsi, le numérique apparaît à la fois comme un levier de rapprochement et comme un facteur potentiel de nouvelles inégalités.

Nouveautés et contributions

Au-delà des convergences et des divergences, cette recherche apporte plusieurs contributions originales. Elle montre d'abord que la communication prénatale ne peut être comprise à partir d'une opposition entre communication présentielle et communication numérique. Les résultats révèlent au contraire une articulation dynamique où chaque modalité possède une fonction spécifique et contribue à la continuité de la relation thérapeutique. Le présentiel fonde la confiance et permet l'évaluation clinique globale ; le téléphone assure une communication réactive dans les situations nécessitant une réponse rapide ; WhatsApp prolonge les échanges, facilite la réassurance et permet le partage multimodal d'informations; les stratégies communicationnelles assurent l'ajustement permanent des interventions aux besoins des mères. Cette continuité relationnelle au-delà de la distance physique est un apport majeur dans cette recherche. En effet, dans le suivi prénatal, la qualité des soins ne dépend pas uniquement de la fréquence des consultations médicales; elle repose également sur la possibilité pour la mère de maintenir un lien avec un professionnel capable de répondre à ses interrogations. Les résultats ont montré que les outils numériques permettent aux sages-femmes de réduire certaines ruptures potentielles dans le parcours prénatal. Ils deviennent particulièrement pertinents dans un contexte où plusieurs facteurs peuvent limiter l'accès aux soins : éloignement géographique, contraintes économiques, difficultés organisationnelles ou disponibilité limitée des structures sanitaires. Cette observation rejoint les travaux sur la continuité relationnelle des soins qui soulignent que la relation thérapeutique constitue un déterminant important de l'expérience des patients et de leur engagement dans leur parcours de santé (Haggerty et al., 2003). Dans cette perspective, la communication numérique contribue à maintenir trois formes de continuité : la continuité informationnelle qui permet de transmettre ou rappeler des informations nécessaires au suivi de grossesse,

la continuité relationnelle en maintenant le sentiment d'être accompagnée par un professionnel identifié et la continuité émotionnelle qui offre un espace où la mère peut exprimer une inquiétude et recevoir une réponse rassurante.

Cette triple fonction montre que le numérique participe directement au processus de soin.

Cette étude met également en évidence que les technologies numériques ne remplacent pas la relation de soin, mais l'étendent dans le temps et dans l'espace. Elles permettent d'assurer une continuité relationnelle entre les consultations, sans se substituer à la richesse clinique, corporelle et interactionnelle du face-à-face. Cette conception dépasse les approches technocentrées de la communication en santé en réaffirmant que la qualité de la relation demeure le fondement de toute innovation numérique.

Enfin, ces résultats constituent un socle empirique majeur pour l'élaboration de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP) proposée dans cette thèse. En montrant que la communication prénatale articule simultanément des dimensions relationnelles, corporelles, éducatives, numériques et contextuelles, cette recherche propose une conceptualisation originale de la communication en périnatalité. L'AHICP ne considère plus les modalités de communication comme des outils indépendants, mais comme des composantes complémentaires d'un même processus de soins, orienté vers la continuité, la personnalisation et l'humanisation de l'accompagnement des mères.

5.3 TROISIÈME CATÉGORIE : LE VÉCU COMMUNICATIONNEL PRÉNATAL EST PORTEUR DE SIGNIFICATIONS CONTRASTÉES QUI ORIENTENT LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET OUVRENT DES PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

Les résultats associés au troisième objectif spécifique ont montré que les sages-femmes ne décrivent pas uniquement ce qu'elles font lorsqu'elles communiquent avec les mères. Elles attribuent également une signification à leurs expériences professionnelles. Ces

significations traduisent leur manière d'interpréter les interactions vécues, les difficultés rencontrées ainsi que les possibilités d'amélioration de la communication prénatale. L'analyse a révélé ainsi trois dimensions complémentaires : les perceptions positives, les perceptions négatives et les opportunités associées à la communication prénatale. Ensemble, elles mettent en évidence que le vécu communicationnel est une expérience dynamique, influencée simultanément par les dimensions relationnelles, organisationnelles, culturelles et interactionnelles du soin.

5.3.1 Constat empirique

Les résultats montrent que les significations attribuées au vécu communicationnel prénatal s'organisent autour de trois registres complémentaires.

D'une part, les sages-femmes associent leurs expériences positives à une communication caractérisée par l'empathie, l'écoute active, le soutien à la décision éclairée, la disponibilité et la réactivité. Ces expériences favorisent une relation thérapeutique vécue comme bienveillante, humaine, respectueuse et centrée sur les attentes des mères. Elles renforcent également la satisfaction professionnelle des participantes, qui perçoivent la communication comme une composante essentielle de la qualité des soins.

D'autre part, les participantes décrivent plusieurs expériences négatives qui fragilisent la relation de soin. Les interactions difficiles, les contraintes organisationnelles, les mauvaises conditions de travail, l'insuffisance du soutien émotionnel offert aux mères, certaines représentations culturelles ou religieuses ainsi que les situations de faible adhésion ou de mères perdues de vue compromettent la qualité des échanges. Ces obstacles dépassent les compétences individuelles des sages-femmes et traduisent l'influence de facteurs contextuels plus larges sur le vécu communicationnel.

Enfin, les résultats mettent en évidence plusieurs opportunités d'amélioration. Les participantes considèrent que le développement d'un accueil chaleureux, le renforcement du soutien émotionnel, l'établissement d'une relation de confiance, l'accompagnement global des mères et l'élargissement de l'espace communicationnel grâce aux outils numériques constituent des leviers susceptibles de renforcer la proximité relationnelle, la continuité des échanges, le sentiment de sécurité et l'engagement des mères dans leur suivi prénatal.

Dans leur ensemble, ces résultats montrent que la communication prénatale n'est pas uniquement évaluée selon son efficacité technique. Elle est également appréciée à partir des significations que les sages-femmes attribuent à leurs interactions quotidiennes avec les mères. Cette dimension interprétative révèle la complexité du vécu communicationnel et prépare l'identification des leviers d'amélioration qui seront développés dans le constat suivant.

5.3.2 Mise en dialogue avec les cadres théoriques

Similitudes

Les résultats de cette recherche ont souligné que les significations attribuées par les sages-femmes à leur vécu communicationnel dépassent la simple description des interactions réalisées pendant les consultations prénatales. Elles traduisent une interprétation de leur expérience professionnelle, construite à partir des relations établies avec les femmes, des émotions ressenties, des contraintes du contexte de soins et des possibilités d'amélioration perçues. Cette dimension interprétative rejoint la perspective phénoménologique selon laquelle l'expérience humaine n'est jamais uniquement vécue, mais toujours investie de significations (Merleau-Ponty, 1945 ; Van Manen, 1990).

Les perceptions positives rapportées dans cette étude — empathie, écoute active, disponibilité, soutien à la décision éclairée et satisfaction professionnelle —

corroborent les modèles de la communication centrée sur la personne (Stewart et al., 2014 ; Epstein & Street, 2011). Ces approches montrent que la qualité de la relation thérapeutique repose sur la reconnaissance de la personne dans sa globalité, l'écoute de son vécu et la coconstruction des décisions cliniques. Les travaux de Rogers (1961) convergent également avec ces résultats en soulignant que l'empathie, la congruence et le regard positif inconditionnel constituent les fondements d'une relation d'aide favorisant la confiance, l'autonomie et l'engagement des personnes accompagnées.

Les résultats rejoignent également la théorie du *Human Caring* de Watson (2008), selon laquelle le soin véritable s'appuie sur une présence authentique, une attention bienveillante et une relation empreinte d'humanité. Dans cette perspective, les sages-femmes décrivent la communication prénatale comme un espace privilégié de soutien émotionnel, où la disponibilité relationnelle contribue autant que les interventions cliniques au bien-être des femmes enceintes.

Par ailleurs, les perceptions positives observées s'inscrivent dans les principes de la psychologie positive développés par Seligman (2011), qui montrent que les émotions positives, le sentiment d'utilité, la qualité des relations et l'engagement professionnel favorisent le bien-être des individus. La satisfaction professionnelle exprimée par les participantes apparaît ainsi comme une ressource favorisant la qualité des soins et la persévérance dans l'accompagnement des femmes, malgré les contraintes rencontrées.

Les perceptions négatives mettent cependant en évidence les limites imposées par le contexte organisationnel. Les interactions difficiles, la surcharge de travail, les conditions matérielles insuffisantes, les influences culturelles et religieuses ainsi que les ruptures du suivi prénatal rejoignent les travaux de Donabedian (1988), selon lesquels la qualité des soins dépend étroitement des interactions entre les structures organisationnelles, les processus cliniques et les résultats obtenus. Elles s'accordent également avec les analyses de Marmot (2005) sur les déterminants sociaux de la santé, qui rappellent que les inégalités sociales et les conditions de vie influencent directement les possibilités d'accès aux soins et la qualité des interactions thérapeutiques.

Ces constats trouvent également un écho dans le modèle de la résilience organisationnelle développé par Weick et Sutcliffe (2007), selon lequel les professionnels développent continuellement des stratégies d'adaptation afin de maintenir la qualité des soins malgré des environnements complexes et incertains. Les sages-femmes interrogées démontrent précisément cette capacité d'ajustement en adaptant leurs pratiques communicationnelles aux ressources disponibles et aux réalités rencontrées.

Les opportunités identifiées par les participantes prolongent ces analyses. L'amélioration de l'accueil, le renforcement du soutien émotionnel, le développement d'une relation de confiance, l'accompagnement global et l'élargissement des espaces de communication rejoignent les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (WHO, 2022), qui promeut des soins maternels respectueux, continus et centrés sur les besoins des femmes tout au long de leur parcours périnatal. Elles s'inscrivent également dans les compétences essentielles de l'International Confederation of Midwives (ICM, 2024), qui reconnaît la communication comme une compétence professionnelle fondamentale favorisant la sécurité, la participation des femmes et la qualité des soins.

Sous l'angle interactionniste, ces résultats rejoignent enfin les travaux de Mead (1934), Blumer (1969) et Mishler (1984), selon lesquels les significations émergent des interactions sociales et se construisent dans les échanges entre les acteurs. Les perceptions exprimées par les sages-femmes ne constituent donc pas uniquement des opinions individuelles ; elles traduisent un processus collectif d'interprétation du vécu communicationnel, façonné par les expériences cliniques, les normes professionnelles, les contraintes organisationnelles et les contextes socioculturels.

Divergences et zones d'incertitudes dans la littérature

Les résultats de cette étude mettent également en évidence plusieurs divergences avec la littérature existante. Si de nombreux travaux reconnaissent les bénéfices de la communication prénatale centrée sur la personne et du recours aux technologies

numériques pour soutenir la continuité des soins (Epstein & Street, 2011 ; OMS, 2022 ; *International Confederation of Midwives* (ICM, 2024), les expériences rapportées par les sages-femmes gabonaises montrent que ces bénéfices demeurent fortement tributaires du contexte clinique, organisationnel, socioculturel et technologique dans lequel s'inscrivent les interactions.

En particulier, plusieurs études présentent les outils numériques comme des leviers susceptibles d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la réactivité des soins (WHO, 2019 ; Agarwal et al., 2015 ; Lee et al., 2016). Toutefois, les résultats de cette recherche montrent que ces technologies ne remplacent jamais la relation construite en présence. Au contraire, les appels téléphoniques et les échanges via WhatsApp prolongent une relation thérapeutique déjà établie lors des consultations prénatales et demeurent dépendants de la confiance développée en face-à-face. Cette observation nuance les approches technocentrées qui attribuent aux outils numériques un rôle autonome dans l'amélioration de la qualité des soins.

Les résultats s'écartent également des travaux qui proposent une vision essentiellement positive des technologies de communication. À l'instar de Lavender et al. (2013), notre étude confirme que les preuves demeurent encore variables quant aux effets des interventions téléphoniques sur certains indicateurs cliniques. Les avantages observés apparaissent fortement influencés par les infrastructures disponibles, la couverture du réseau, les ressources institutionnelles, les compétences numériques des utilisatrices ainsi que l'organisation des services de santé.

Une autre divergence importante concerne la manière dont la littérature traite les perceptions des professionnels. De nombreuses études analysent séparément les facteurs facilitants et les obstacles à la communication clinique (Street et al., 2009 ; Stewart et al., 2014). À l'inverse, les résultats obtenus montrent que les perceptions positives, les difficultés rencontrées et les opportunités d'amélioration coexistent dans une même expérience communicationnelle. Les sages-femmes passent continuellement d'un registre à l'autre selon les situations rencontrées, illustrant le caractère dynamique, évolutif et profondément contextuel de leur vécu.

Enfin, la recherche aborde généralement les dimensions relationnelles, organisationnelles, émotionnelles ou numériques de manière distincte. Les résultats de cette recherche montrent plutôt que ces dimensions sont interdépendantes et se construisent simultanément dans l'expérience des sages-femmes. Cette articulation apparaît particulièrement marquée dans le contexte gabonais, où les réalités culturelles, les contraintes organisationnelles, les ressources limitées et l'utilisation progressive des technologies façonnent conjointement les pratiques communicationnelles.

Ainsi, cette étude invite à dépasser une lecture binaire opposant communication présentielle et communication numérique, ou encore facteurs favorables et défavorables. Elle suggère une compréhension plus intégrative de la communication prénatale, dans laquelle les significations attribuées par les sages-femmes émergent de l'interaction constante entre les dimensions relationnelles, émotionnelles, organisationnelles, culturelles et technologiques.

Contributions et nouveautés

Toutefois, cette recherche apporte une contribution originale à la littérature. Les études antérieures analysent généralement les perceptions positives, les obstacles ou les facteurs facilitants de manière indépendante. À l'inverse, les résultats montrent que ces trois dimensions s'articulent continuellement au sein d'un même vécu communicationnel. Une interaction peut simultanément générer de la satisfaction professionnelle, révéler des difficultés organisationnelles et ouvrir de nouvelles possibilités d'amélioration. Cette dynamique interprétative met en évidence que le sens attribué à la communication prénatale est évolutif, contextuel et coconstruit. Elle constitue ainsi un fondement empirique majeur du développement de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP), dans laquelle les dimensions relationnelles, organisationnelles, émotionnelles, culturelles et numériques sont considérées comme interdépendantes.

5.4 QUATRIÈME CATÉGORIE : LES LEVIERS D'AMÉLIORATION IDENTIFIÉS CONDUISENT À UNE CONCEPTUALISATION HOLISTIQUE INTÉGRATIVE DE LA COMMUNICATION PRÉNATALE

La quatrième catégorie répond au dernier objectif spécifique de cette recherche, qui visait à identifier les leviers susceptibles d'améliorer la communication prénatale dans les domaines de la pratique clinique, de la formation et de la recherche. Alors que les trois premières ont permis de comprendre les situations communicationnelles vécues par les sages-femmes, les modalités qu'elles mobilisent et les significations qu'elles attribuent à leur expérience, cette quatrième catégorie met en évidence les mécanismes d'amélioration qui émergent de leurs discours.

L'analyse comparative constante réalisée selon les principes de la Méthodologie de la théorisation enracinée a permis de dépasser une lecture descriptive des résultats. Elle a conduit à l'identification de cinq dimensions complémentaires — relationnelle, numérique, corporelle, collaborative et cognitive — qui, lorsqu'elles sont articulées, proposent une compréhension globale de la communication prénatale. Cette intégration progressive constitue le fondement de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP).

5.4.1 Constat empirique

Les résultats montrent que les participantes ne proposent pas une intervention isolée pour améliorer la communication prénatale. Elles décrivent plutôt un ensemble cohérent de leviers qui se renforcent mutuellement.

La première dimension est relationnelle. Les sages-femmes mettent en avant une relation bimodale, combinant les interactions en présence et les échanges numériques,

ainsi qu'une communication bidirectionnelle où la sage-femme et la mère occupent tour à tour les rôles d'émettrice et de réceptrice. Selon leurs témoignages, cette dynamique favorise le renforcement du lien de confiance, une expression plus libre des préoccupations, une participation plus active des femmes et une meilleure adhésion aux recommandations formulées pendant le suivi prénatal. La communication devient ainsi un véritable partenariat centré sur la mère.

La deuxième dimension est numérique. Les participantes montrent que les outils numériques, notamment les appels téléphoniques et WhatsApp, élargissent l'espace communicationnel au-delà des consultations présentielles. Ils facilitent l'accessibilité des sages-femmes, améliorent leur réactivité, assurent un soutien entre les consultations, favorisent la continuité de l'accompagnement et permettent un suivi à distance lorsque la situation l'exige. La communication ne se limite plus au temps de la consultation, mais s'inscrit dans une continuité relationnelle.

La troisième dimension est corporelle. Les résultats montrent que le corps participe pleinement à la communication. Les gestes cliniques, le regard, la posture, la proximité physique et le toucher thérapeutique transmettent des messages de respect, de disponibilité et de sécurité. Les sages-femmes associent cette dimension à une humanisation des soins, à un sentiment de proximité et à la réassurance des femmes. Le corps devient ainsi un véritable médium de communication.

La quatrième dimension est collaborative. Les participantes soulignent l'importance de la coordination des interventions entre les différents professionnels impliqués dans le suivi de la grossesse. Elles mettent en évidence la complémentarité des expertises, la continuité des soins, la fluidité du parcours et la réduction des ruptures de communication. Cette dimension dépasse la relation dyadique entre la sage-femme et la mère pour inscrire la communication dans une logique de réseau.

Enfin, la cinquième dimension est cognitive. Les participantes insistent sur l'importance d'une communication fondée sur les données probantes, intégrant l'éducation pour la santé, le counseling et l'aide à la décision. Selon elles, cette

approche améliore la compréhension des informations, renforce les capacités d'action des femmes, favorise leur participation aux décisions et soutient leur autonomisation tout au long du parcours prénatal.

Pris isolément, chacun de ces leviers contribue à améliorer certains aspects de la communication prénatale. Toutefois, l'analyse montre que leur véritable portée réside dans leur articulation. Ensemble, ils dessinent une communication multidimensionnelle, continue et contextualisée, qui dépasse les approches centrées sur une seule modalité ou une seule compétence. Cette convergence des cinq dimensions conduit à l'émergence d'une conceptualisation théorique originale : l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP).

5.4.2 Mise en dialogue avec les cadres théoriques

Les résultats montrent que les leviers d'amélioration identifiés par les sages-femmes ne correspondent pas à une juxtaposition de recommandations indépendantes. Ils traduisent plutôt une compréhension globale de la communication prénatale, dans laquelle les dimensions relationnelle, numérique, corporelle, collaborative et cognitive interagissent continuellement pour soutenir un accompagnement centré sur la femme enceinte. Cette articulation témoigne d'une vision systémique de la communication qui dépasse les approches fragmentées généralement décrites dans la littérature.

Cette conceptualisation rejoint les fondements de la Méthodologie de la théorisation enracinée (MTE), selon lesquels une théorie émerge progressivement de l'analyse comparative constante des données empiriques plutôt que de l'application d'un cadre théorique préexistant (Charmaz, 2014 ; Corbin & Strauss, 2015). Dans cette recherche, les cinq dimensions ne proviennent pas d'un modèle conceptuel élaboré a priori. Elles se sont progressivement imposées au fil des comparaisons entre les situations

rapportées par les participantes, révélant une organisation cohérente du vécu communicationnel prénatal.

La dimension relationnelle confirme que la communication constitue avant tout une rencontre humaine fondée sur la confiance, l'écoute active, l'empathie et la prise de décision partagée. Cette interprétation rejoint les modèles de la communication centrée sur la personne (Stewart et al., 2014 ; Epstein & Street, 2011), qui reconnaissent la qualité de la relation comme un déterminant essentiel de la qualité des soins. Elle s'inscrit également dans l'approche humaniste de Rogers (1961), selon laquelle une relation d'aide authentique repose sur l'empathie, la congruence et le respect inconditionnel de la personne.

La dimension numérique montre que les technologies ne remplacent pas la relation thérapeutique, mais en prolongent les effets. Les échanges téléphoniques et l'utilisation de WhatsApp assurent une continuité communicationnelle entre les consultations, facilitent l'accès aux professionnelles et renforcent la réactivité face aux besoins des mères. Ces résultats convergent avec les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (2019) sur les interventions numériques en santé, tout en apportant une nuance importante : leur efficacité dépend de la relation de confiance construite en présence. Dans cette perspective, le numérique apparaît comme un prolongement de la relation clinique plutôt que comme une modalité autonome.

La dimension corporelle met en évidence un aspect encore peu développé dans les travaux sur la communication prénatale. Les résultats montrent que le regard, la posture, la proximité physique, le toucher thérapeutique et les gestes cliniques participent pleinement à la construction du sens de l'interaction. Cette observation rejoint la phénoménologie du corps développée par Merleau-Ponty (1945), selon laquelle le corps est simultanément un lieu de perception, de relation et de communication. Elle s'accorde également avec la théorie du Human Caring de Watson (2008), qui considère la présence soignante et la qualité de la rencontre comme des composantes fondamentales du soin.

La dimension collaborative souligne que la communication prénatale dépasse la relation entre la sage-femme et la mère. Les participantes mettent en évidence la nécessité d'une coordination entre les différents professionnels impliqués dans le suivi de grossesse afin d'assurer la continuité des soins, la complémentarité des expertises et la fluidité du parcours de la femme. Cette lecture rejoint les travaux sur la collaboration interprofessionnelle (D'Amour et al., 2005 ; Reeves et al., 2017), qui montrent que la qualité de la communication constitue un levier essentiel pour améliorer la sécurité et la continuité des soins.

Enfin, la dimension cognitive rappelle que la communication repose également sur le partage de connaissances scientifiquement fondées. L'éducation pour la santé, le counseling, les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC/CCC) ainsi que le recours aux données probantes favorisent la compréhension des informations, le développement des capacités d'action et la participation des mères aux décisions qui concernent leur grossesse. Cette dimension rejoint les travaux sur la littératie en santé (Nutbeam, 2008 ; Sørensen et al., 2012), qui considèrent la compréhension des informations comme une condition essentielle à l'autonomisation des personnes.

Similitudes

Les résultats de cette recherche présentent plusieurs convergences avec les connaissances actuelles sur la communication en santé maternelle. Ils confirment d'abord que la qualité de la communication prénatale repose sur une relation de confiance, une écoute active, une participation des mères aux décisions et un accompagnement respectueux de leurs besoins et de leurs préférences. Ces constats rejoignent les principes de la communication centrée sur la personne développés par Stewart et ses collaborateurs (2014) ainsi que par Epstein et Street (2011), qui considèrent la relation thérapeutique comme un déterminant majeur de la qualité et de la sécurité des soins.

Les résultats confirment également les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2022), qui préconise des soins maternels respectueux, continus et adaptés aux besoins des mères tout au long de la grossesse. Les participantes soulignent, à l'instar de ces recommandations, que la qualité des soins ne dépend pas uniquement des actes cliniques, mais aussi de la qualité des interactions, de la continuité du suivi et de la reconnaissance de la mère comme partenaire de ses soins.

La place accordée aux technologies numériques rejoint les recommandations de l'OMS sur les interventions numériques en santé (OMS, 2019). Comme le montrent également Agarwal et al. (2015), les outils numériques peuvent améliorer l'accès aux soins, renforcer la continuité du suivi et faciliter les échanges entre les consultations. Dans notre étude, le téléphone et WhatsApp remplissent effectivement ces fonctions en permettant aux sages-femmes de maintenir un lien avec les mères, de répondre à leurs préoccupations et de favoriser la continuité de l'accompagnement.

Les résultats corroborent aussi les travaux de Watson (2008), selon lesquels le soin repose sur une présence authentique, une attention bienveillante et une relation empreinte d'humanité. La dimension corporelle mise en évidence par les participantes montre que le regard, le toucher thérapeutique, la posture et la proximité constituent des formes de communication qui contribuent à instaurer un climat de confiance et de sécurité pendant les consultations prénatales.

La dimension collaborative rejoint les travaux sur la collaboration interprofessionnelle (D'Amour et al., 2005 ; Reeves et al., 2017), qui montrent que la coordination entre les professionnels améliore la continuité, la sécurité et la qualité des soins. Les sages-femmes interrogées soulignent elles aussi que la communication gagne en efficacité lorsqu'elle s'inscrit dans un réseau coordonné de professionnels partageant les informations pertinentes et poursuivant des objectifs communs.

Enfin, la dimension cognitive confirme les travaux consacrés à la littératie en santé (Nutbeam, 2008 ; Sørensen et al., 2012), selon lesquels une information scientifiquement fondée, compréhensible et adaptée favorise l'autonomisation des personnes, leur participation aux décisions et leur capacité à adopter des

comportements favorables à leur santé. Les participantes mettent en évidence l'importance d'une communication reposant sur les données probantes, le counseling et les activités d'information, d'éducation et de communication, afin de soutenir les mères dans la compréhension de leur grossesse et dans leurs choix.

Dans leur ensemble, ces convergences montrent que les résultats de cette recherche s'inscrivent dans les grandes orientations contemporaines de la communication en santé maternelle. Toutefois, ils révèlent également que ces différentes dimensions, souvent étudiées séparément dans la littérature, s'articulent de manière indissociable dans l'expérience quotidienne des sages-femmes, ouvrant ainsi la voie à une conceptualisation plus intégrative de la communication prénatale.

Divergences avec la littérature

Bien que les résultats de cette recherche rejoignent plusieurs travaux portant sur la communication en santé maternelle, ils mettent également en évidence des divergences importantes qui permettent d'enrichir les connaissances actuelles. Ces divergences concernent principalement la manière de concevoir la communication prénatale, son organisation et les interactions entre ses différentes composantes.

Premièrement, la littérature présente généralement la communication prénatale comme un ensemble de compétences relationnelles centrées sur l'entretien clinique, l'écoute active ou la communication centrée sur la personne (Stewart et al., 2014 ; Epstein & Street, 2011). Les résultats de cette recherche montrent toutefois que la qualité de la communication ne dépend pas uniquement de ces compétences interpersonnelles. Elle résulte de l'interaction dynamique entre plusieurs dimensions complémentaires – relationnelle, numérique, corporelle, collaborative et cognitive – qui s'influencent mutuellement tout au long du parcours prénatal.

Deuxièmement, les travaux consacrés aux interventions numériques considèrent souvent les technologies comme des outils destinés à améliorer l'accès aux soins, la transmission d'informations ou le suivi à distance (OMS, 2019 ; Agarwal et al., 2015). Dans cette étude, les usages du téléphone et de WhatsApp ne sont pas envisagés comme

des dispositifs autonomes. Ils prolongent une relation thérapeutique préexistante, construite lors des consultations en présence. Le numérique ne remplace donc pas la rencontre clinique ; il en assure la continuité et en renforce la portée relationnelle.

Troisièmement, la dimension corporelle apparaît comme un apport original. Les modèles de communication en santé mettent principalement l'accent sur les échanges verbaux et cognitifs, tandis que les participantes montrent que le regard, la posture, la proximité physique et le toucher thérapeutique constituent également des formes essentielles de communication. Le corps ne représente plus uniquement un objet d'examen clinique ; il devient un véritable médium relationnel qui participe à la construction de la confiance, du sentiment de sécurité et de l'humanisation des soins.

Quatrièmement, la littérature aborde fréquemment la collaboration interprofessionnelle comme un enjeu organisationnel distinct de la communication clinique (D'Amour et al., 2005 ; Reeves et al., 2017). Les résultats montrent plutôt que cette collaboration est une composante intrinsèque de la communication prénatale. La coordination des interventions, le partage des informations, la complémentarité des expertises et la continuité des soins prolongent la relation établie avec la mère et contribuent directement à la qualité de son accompagnement.

Enfin, les travaux sur la littératie en santé et la décision partagée insistent principalement sur la transmission de connaissances et le développement des compétences des patients (Nutbeam, 2008 ; Sørensen et al., 2012 ; Barry & Edgman-Levitan, 2012). Les résultats de cette étude montrent que cette dimension cognitive ne peut produire pleinement ses effets qu'en interaction avec les dimensions relationnelles, corporelles, numériques et collaboratives. La compréhension des informations, la participation aux décisions et l'autonomisation des mères émergent d'un processus communicationnel global plutôt que de la seule diffusion de données probantes.

Ces divergences conduisent ainsi à dépasser une conception segmentée de la communication prénatale. Alors que la littérature analyse souvent séparément les dimensions relationnelles, technologiques, organisationnelles ou éducatives, cette recherche montre qu'elles s'articulent dans une dynamique unique, contextualisée et

évolutive. L'efficacité de chacune dépend de son interaction avec les autres, ce qui conduit à une lecture systémique de la communication prénatale.

Cette perspective intégrative constitue une évolution conceptuelle importante. Elle suggère que l'amélioration de la communication prénatale ne peut être obtenue en renforçant une seule composante isolée. Elle nécessite plutôt une approche globale capable d'articuler simultanément les dimensions humaines, numériques, corporelles, collaboratives et cognitives dans un même processus de soins. Cette divergence avec les approches plus fragmentées prépare ainsi l'émergence de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP) comme théorie contextualisée issue des données empiriques.

Contribution théorique originale : émergence de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP)

Les analyses réalisées dans cette recherche ne conduisent pas uniquement à l'identification de leviers d'amélioration de la communication prénatale. Elles permettent également de faire émerger une conceptualisation théorique originale, élaborée à partir des expériences rapportées par les sages-femmes. Conformément aux principes de la Méthodologie de la théorisation enracinée (Charmaz, 2014 ; Corbin & Strauss, 2015), cette conceptualisation ne résulte pas de l'application d'un modèle théorique préexistant, mais d'un processus inductif fondé sur la comparaison constante des données empiriques.

L'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP) propose ainsi une nouvelle manière de comprendre la communication entre la sage-femme et la mère. Contrairement aux modèles qui privilégient une seule dimension – relationnelle, éducative, organisationnelle ou technologique –, l'AHICP considère que la qualité de la communication émerge de l'interaction dynamique entre cinq dimensions interdépendantes : la dimension relationnelle, qui construit la confiance et le partenariat ; la dimension numérique, qui assure la continuité de la communication au-delà de la consultation ; la dimension corporelle, qui humanise la rencontre clinique

par le langage du corps et le toucher thérapeutique ; la dimension collaborative, qui inscrit la communication dans un réseau coordonné de professionnels ; et la dimension cognitive, qui favorise la compréhension, la décision éclairée et l'autonomisation des mères.

L'originalité de cette approche réside dans le fait que ces dimensions ne sont pas conçues comme des composantes autonomes, mais comme les éléments d'un système intégré. Les résultats montrent que chacune soutient et renforce les autres : la relation de confiance facilite l'acceptation des informations scientifiques, le numérique prolonge la relation instaurée en présence, le toucher thérapeutique consolide le sentiment de sécurité, la collaboration interprofessionnelle assure la continuité des soins et la communication fondée sur les données probantes favorise l'engagement des femmes dans leur parcours de grossesse. L'efficacité de la communication prénatale repose ainsi sur leur articulation plutôt que sur leur juxtaposition.

Cette conceptualisation apporte également une contribution au champ de la communication sociale appliquée à la santé maternelle. Alors que de nombreux travaux analysent les interactions entre la soignante et la personne soignée sous l'angle d'une seule approche théorique, l'AHICP propose un cadre multidimensionnel permettant d'articuler les dimensions relationnelles, corporelles, numériques, collaboratives et cognitives dans une compréhension unifiée des pratiques communicationnelles. Elle enrichit ainsi les modèles existants en montrant que la communication prénatale est un processus vivant, évolutif et profondément contextualisé.

Par ailleurs, cette théorie émergente est ancrée dans le contexte gabonais tout en conservant un potentiel de transférabilité. Les dimensions qui la composent sont issues des expériences des sages-femmes exerçant dans ce contexte, marqué par des réalités organisationnelles, culturelles et technologiques spécifiques. Toutefois, les mécanismes mis en évidence — construction de la confiance, continuité de la relation, humanisation du soin, coordination des acteurs et autonomisation des mères — rejoignent des enjeux largement reconnus en santé maternelle. L'AHICP constitue ainsi un cadre conceptuel susceptible d'être adapté et mis à l'épreuve dans d'autres contextes

de pratique, notamment dans des environnements où les ressources sont limitées ou les technologies numériques occupent une place croissante dans le suivi des mères.

Enfin, cette contribution théorique ouvre de nouvelles perspectives pour la recherche. Elle invite à évaluer empiriquement les interactions entre les cinq dimensions, à examiner leur influence sur les résultats maternels et périnatals, ainsi qu'à explorer l'applicabilité de l'AHICP dans d'autres systèmes de santé et auprès d'autres professionnels impliqués dans les soins périnatals. En ce sens, l'AHICP ne constitue pas un modèle figé, mais un cadre théorique évolutif, destiné à être enrichi et affiné au fil de recherches futures.

En définitive, la principale contribution scientifique de cette thèse réside dans la proposition d'une théorie contextualisée de la communication prénatale, issue des données empiriques et fondée sur une vision intégrative des interactions entre les mères, les sages-femmes et leur environnement de soins. L'AHICP offre ainsi un apport original à la communication sociale, à la santé maternelle et aux sciences infirmières et maïeutiques, en proposant un cadre conceptuel capable d'orienter simultanément la pratique clinique, la formation des professionnels et le développement de nouvelles recherches.

5.5 Présentation des recommandations issues des résultats de la recherche et de l'AHICP, ainsi que leurs impacts attendus sur le vécu communicationnel prénatal

Tableau 5 : Synthèse des recommandations et de leurs impacts sur le vécu communicationnel prénatal

Recommandations	Description synthétique	Dimensions de l'AHICP mobilisées	Impact attendu sur le vécu communicationnel prénatal
Concevoir des formations initiales et continues en compétences communicationnelles prénatales	Intégrer des modules sur la communication en présentiel et à distance, le counseling, l'écoute active, l'empathie, la décision partagée et la communication fondée sur les données probantes dans les programmes de formation et de développement professionnel.	Cognitive, Relationnelle	Amélioration des compétences communicationnelles des sages-femmes, renforcement de l'écoute, de l'empathie, diminution des incompréhensions, professionnalisation du counseling prénatal et amélioration de la qualité des échanges.
Améliorer le premier contact entre la sage-femme et la mère	Structurer l'accueil, renforcer l'orientation, instaurer dès l'arrivée un climat de respect, de confiance et de disponibilité.	Relationnelle, Corporelle	Renforcement de l'alliance thérapeutique, diminution de l'anxiété, sentiment de sécurité, meilleure qualité de la relation et communication plus authentique
Fidéliser la fréquentation des centres de santé	Développer des stratégies d'adhésion continue : rappels, suivi personnalisé, accueil positif, continuité relationnelle et accompagnement individualisé.	Relationnelle, Numérique	Augmentation de la participation aux CPN, amélioration du suivi longitudinal, meilleure compréhension des conseils reçus, renforcement du lien de confiance
Mettre à disposition un numéro vert prénatal	Offrir une ligne téléphonique dédiée permettant d'obtenir des conseils, de répondre aux inquiétudes et d'orienter rapidement les mères en cas de besoin.	Numérique, Relationnelle	Accessibilité accrue aux informations fiables, réduction des inquiétudes, soutien immédiat et continuité des échanges entre les consultations.

Créer un centre d'appel animé par des sages-femmes	Mettre en place un dispositif institutionnel assurant écoute, triage, orientation, éducation et accompagnement à distance.	Numérique, Collaborative	Continuité informationnelle, accompagnement constant, sentiment d'accompagnement, réduction des barrières géographiques, amélioration de la coordination et sentiment d'être soutenue tout au long de la grossesse.
Développer une plateforme numérique nationale en périnatalité	Concevoir une plateforme regroupant informations validées, prise de rendez-vous, suivi des grossesses, outils éducatifs et communications sécurisées.	Numérique, Cognitive	Modernisation de la communication prénatale, accessibilité permanente aux ressources, homogénéisation des messages, autonomie accrue des mères et réduction des pertes d'information.
Promouvoir la santé communautaire	Mobiliser les leaders communautaires, les familles, les conjoints et les campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC/CCC).	Collaborative, Relationnelle	Renforcement de l'adhésion aux CPN, meilleure appropriation culturelle des messages, réduction des barrières socioculturelles et amélioration de la confiance envers les services de santé.
Renforcer les ressources humaines, matérielles et financières des formations sanitaires	Recruter davantage de personnel, améliorer les infrastructures, réduire la surcharge de travail et assurer la disponibilité des équipements nécessaires.	Collaborative, Relationnelle, Corporelle	Conditions favorables à une communication de qualité, diminution de la fatigue professionnelle, disponibilité importante des sages-femmes, interactions plus humanisées et

			amélioration globale de l'expérience des soins.

Synthèse interprétative du tableau 5

Les recommandations formulées ne doivent pas être considérées comme une juxtaposition de mesures indépendantes. Elles résultent d'une double démarche : d'une part, elles s'appuient sur les propositions formulées par les sages-femmes participantes au regard de leur expérience du terrain ; d'autre part, elles sont enrichies par l'analyse interprétative, fondée sur les résultats empiriques, les connaissances scientifiques actuelles et l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP) issue de cette recherche.

Dans cette perspective, chaque recommandation mobilise une ou plusieurs dimensions de l'AHICP, démontrant que l'amélioration du vécu communicationnel prénatal repose sur une approche systémique plutôt que sur des interventions isolées. Le renforcement des compétences communicationnelles soutient la dimension cognitive, tandis que l'amélioration de l'accueil et de la relation thérapeutique consolide la dimension relationnelle. Les dispositifs numériques prolongent les interactions au-delà des consultations et assurent une continuité de l'accompagnement. La coordination interprofessionnelle et l'implication des communautés renforcent la dimension collaborative, alors que l'amélioration des conditions de travail favorise une communication plus humanisée, en cohérence avec la dimension corporelle.

Ainsi, ces recommandations traduisent opérationnellement les principes de l'AHICP et ouvrent des perspectives concrètes pour l'amélioration de la communication prénatale dans les domaines de la pratique clinique, de la formation, de l'organisation des soins et de la recherche.

5.6 Forces et limites de cette recherche

5.6.1 Les forces de la recherche

Cette recherche présente plusieurs forces scientifiques, méthodologiques et pratiques qui renforcent sa crédibilité, son originalité et sa contribution au développement des connaissances sur la communication prénatale.

La première force réside dans son caractère novateur. À notre connaissance, il s'agit de la première étude menée au Gabon portant spécifiquement sur le vécu communicationnel prénatal entre les sages-femmes et les mères dans le cadre des consultations prénatales. En plaçant la communication au centre de l'analyse, cette recherche contribue à combler un vide scientifique encore peu exploré au Gabon et, plus largement en Afrique subsaharienne.

La deuxième force concerne la richesse des données empiriques recueillies auprès des sages-femmes exerçant dans différents contextes cliniques. La diversité des situations abordées – consultations de routine, grossesses à risque, prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME), urgences obstétricales, deuil périnatal et recours aux outils numériques – a permis de documenter le vécu communicationnel prénatal et de faire émerger des catégories conceptuelles suffisamment ancrées dans la réalité du terrain.

Une troisième force repose sur le recours à la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). L'analyse inductive basée sur la comparaison constante, les différents niveaux de codage, les mémos analytiques et l'échantillonnage théorique a permis d'approfondir la compréhension du phénomène à partir des données plutôt que d'appliquer un cadre théorique prédéfini. Le recours au codage initial, axial et théorique, à l'écriture de mémos analytiques, à la comparaison constante des données ainsi qu'à l'échantillonnage théorique a permis de construire progressivement une compréhension du phénomène directement issue des données, renforçant ainsi la crédibilité et la rigueur scientifique de l'étude en cohérence avec les principes proposés par Glaser et

Strauss (1967), Strauss et Corbin (1998), Charmaz (2014), ainsi que Luckerhoff et Guillemette (2012).

La quatrième force réside dans la contribution théorique de cette recherche. Les analyses ont conduit à l'émergence de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP), une théorie enracinée proposant une compréhension multidimensionnelle de la communication entre la sage-femme et la mère. En articulant les dimensions relationnelle, corporelle, cognitive, numérique et collaborative, dans un système intégré, l'AHICP renouvelle les modèles existants et offre un cadre conceptuel susceptible d'orienter simultanément la pratique clinique, la formation des professionnels et les recherches futures.

Enfin, cette recherche présente également une portée pratique importante. Les résultats et les recommandations formulées peuvent soutenir l'évolution des pratiques professionnelles, contribuer au développement des compétences communicationnelles des sages-femmes et accompagner l'intégration réfléchie des technologies numériques dans les soins prénatals, tout en préservant la dimension profondément humaine de la relation de soin.

5.6.2 Les limites de la recherche

Comme toute recherche qualitative, cette étude comporte certaines limites qui doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats. Toutefois, celles-ci n'en diminuent toutefois ni la rigueur scientifique ni la pertinence, mais permettent d'en préciser les conditions de production et la portée.

La première limite concerne le contexte de réalisation de la collecte des données. Celle-ci s'est déroulée dans une période marquée par d'importantes transformations politiques et institutionnelles au Gabon à la suite des événements survenus après les élections du 30 août 2023 et de la mise en place du Comité pour la transition et la restauration des

institutions (CTRI). Ce contexte de transition a entraîné plusieurs réorganisations administratives, et une disponibilité variable de certaines participantes. Malgré ces contraintes, la flexibilité inhérente à la théorisation enracinée a permis d'adapter progressivement la collecte des données aux réalités du terrain.

La deuxième limite réside dans la rareté des travaux scientifiques consacrés à la communication prénatale en Afrique subsaharienne, et plus particulièrement au Gabon. Cette situation a limité les possibilités de comparaison avec des recherches menées dans des contextes socioculturels similaires et a conduit à mobiliser des études internationales. En contrepartie, cette lacune renforce la pertinence et l'originalité de la présente recherche, qui contribuent à enrichir un champ encore peu documenté dans les pays francophones.

La troisième limite est liée au choix méthodologique de recueillir exclusivement le point de vue des sages-femmes. Ce choix était cohérent avec l'objectif de comprendre leur vécu communicationnel, mais il ne permet pas de confronter leurs perceptions à celles des mères, de leurs partenaires ou d'autres professionnels de santé. Des recherches futures gagneraient à intégrer ces différents points de vue afin d'offrir une compréhension plus globale de la communication prénatale.

Enfin, conformément aux principes de la recherche qualitative et de la théorisation enracinée, les résultats de cette étude n'ont pas vocation à être généralisés au sens statistique. Leur intérêt réside davantage dans leur transférabilité conceptuelle vers d'autres contextes présentant des caractéristiques comparables (Lincoln et Guba, 1985). L'AHICP constitue ainsi une théorie enracinée, appelée à être discutée, adaptée et enrichie par de futures recherches dans d'autres milieux de pratique.

CONCLUSION

La communication entre les professionnels de la santé et les personnes soignées constitue aujourd'hui un enjeu majeur de la qualité, de la sécurité et de l'humanisation des soins. Dans un contexte marqué par la complexification des systèmes de santé, les mutations technologiques et la persistance d'inégalités d'accès aux services, elle ne peut plus être envisagée comme un simple vecteur de transmission d'informations. Elle représente désormais un processus relationnel au cœur de l'accompagnement clinique, particulièrement en santé maternelle où les dimensions biomédicales, psychologiques, sociales et culturelles de la grossesse s'entrecroisent de manière constante. Dans cette perspective, les pratiques communicationnelles des sages-femmes revêtent une importance particulière puisqu'elles participent simultanément à la sécurité clinique, à la prise de décision éclairée, au soutien émotionnel des mères et à la continuité des soins.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente recherche, dont l'objectif principal était de comprendre le vécu communicationnel des sages-femmes dans leurs interactions avec les mères au cours des consultations prénatales au Gabon. En privilégiant le point de vue des professionnelles elles-mêmes, cette étude visait à dépasser une approche normative de la communication en santé afin d'explorer les significations que les sages-femmes attribuent à leurs pratiques, les stratégies qu'elles développent pour répondre aux besoins des mères et les conditions qui influencent leurs interactions dans un contexte de soins en constante évolution.

Pour atteindre cet objectif, une démarche qualitative inductive inspirée de la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE) a été privilégiée. Cette approche inductive a permis de faire émerger, à partir des expériences des participantes, une conceptualisation théorique du vécu communicationnel prénatal à travers une analyse comparative constante des données.

Les résultats ont montré que la communication prénatale ne constitue pas un acte ponctuel limité à la consultation, mais un processus dynamique, évolutif et profondément contextualisé. Les sages-femmes orchestrent différentes formes de communication en fonction des situations rencontrées, notamment la communication en présence ou du face-à-face, les échanges téléphoniques et les communications médiatisées par WhatsApp. Loin de se substituer les unes aux autres, ces modalités se complètent afin d'assurer la continuité du suivi, de répondre aux préoccupations des mères et de maintenir une présence professionnelle au-delà de la rencontre clinique.

L'analyse a révélé que les sages-femmes adaptent continuellement leurs pratiques communicationnelles aux réalités cliniques, organisationnelles, relationnelles et socioculturelles propres au contexte gabonais. Les stratégies qu'elles mobilisent — notamment l'écoute active, la reformulation, l'adaptation du langage, le soutien émotionnel, la négociation du sens, la présence relationnelle et, lorsque nécessaire, le recours aux proches — témoignent d'une compétence communicationnelle complexe qui dépasse largement la simple transmission de messages. Elles traduisent une véritable capacité de régulation visant à construire une compréhension partagée et à favoriser l'engagement des mères dans leur parcours de soins.

De plus, les résultats ont également permis de mettre en lumière la manière dont les sages-femmes donnent sens à leur expérience communicationnelle. Les participantes associent une communication de qualité à des valeurs telles que l'empathie, l'écoute, la disponibilité, le respect, la réactivité et la confiance, lesquelles renforcent leur satisfaction professionnelle et contribuent à humaniser la relation de soin. À l'inverse, elles ont souligné que les difficultés organisationnelles, les contraintes matérielles, les barrières linguistiques, certaines pratiques culturelles ou religieuses ainsi que les ruptures dans la continuité des soins fragilisent les interactions et limitent parfois la portée de leur accompagnement. Ces résultats montrent que la qualité de la communication ne dépend pas uniquement des compétences individuelles des professionnelles, mais qu'elle est également façonnée par les conditions

institutionnelles, sociales et culturelles dans lesquelles s'exerce la pratique sage-femme.

L'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP) constitue la principale contribution théorique de cette recherche. Élaborée de manière inductive à partir des données empiriques, elle conçoit la communication prénatale comme un processus relationnel intégrant cinq dimensions complémentaires — relationnelle, numérique, corporelle, collaborative et cognitive — articulées autour d'une communication bimodale et bidirectionnelle favorisant la continuité, la compréhension partagée et le partenariat entre la sage-femme et la mère.

Au-delà de cette proposition théorique, cette recherche apporte plusieurs contributions qui dépassent le seul contexte de l'étude et participent à l'évolution des connaissances et des pratiques en communication en santé maternelle.

Sur le plan scientifique, cette recherche contribue à enrichir le champ de la communication en santé en proposant une conceptualisation originale du vécu communicationnel prénatal dans un contexte encore peu documenté. Elle apporte également une contribution méthodologique en illustrant la pertinence de la théorisation enracinée pour explorer les pratiques professionnelles dans les contextes africains francophones. En privilégiant une construction inductive des connaissances, cette démarche permet de produire une théorie située, sensible aux réalités locales, tout en offrant un cadre conceptuel susceptible d'être discuté et mobilisé dans d'autres contextes de santé maternelle.

Les retombées de cette recherche dépassent le seul cadre académique. Les résultats ouvrent des perspectives concrètes pour la pratique professionnelle des sages-femmes, la formation initiale et continue, l'organisation des services de santé maternelle ainsi que l'élaboration de politiques publiques davantage centrées sur la qualité relationnelle des soins. Ils soulignent notamment l'importance de renforcer les compétences en communication interpersonnelle, en communication interculturelle et en

communication numérique, tout en créant des environnements organisationnels favorables à l'exercice d'une pratique relationnelle de qualité. Dans un contexte de transformation numérique du système de santé gabonais, l'intégration réfléchie des technologies de l'information et de la communication apparaît comme une opportunité pour améliorer la continuité des soins sans compromettre la dimension profondément humaine de la relation entre la sage-femme et la mère.

En définitive, cette recherche montre que la communication prénatale ne constitue pas un simple outil au service du soin, mais qu'elle est une composante fondamentale du prendre soin. À travers elle se construisent la confiance, la compréhension mutuelle, le soutien émotionnel, la participation des mères et la continuité de leur parcours de grossesse. En donnant la parole aux sages-femmes et en faisant émerger une théorie enracinée dans leur expérience professionnelle, cette thèse propose une compréhension renouvelée de la communication en santé maternelle. Ainsi, cette thèse contribue à repositionner la communication non plus comme une compétence périphérique de la pratique sage-femme, mais comme l'un de ses fondements essentiels. Par l'émergence de l'Approche holistique intégrative de la communication prénatale (AHICP), elle offre un cadre théorique original susceptible d'éclairer la recherche, la formation, les pratiques professionnelles et les politiques de santé, tout en ouvrant la voie à une communication prénatale plus humaine, intégrée et adaptée aux réalités contemporaines.

LISTE DES RÉFÉRENCES

Abrams, D. J., & Geier, M. R. (2006). A comparison of patient satisfaction with telehealth and on-site consultations: A pilot study for prenatal genetic counseling. *Journal of Genetic Counseling, 15*(3), 199–205. https://doi.org/10.1007/s10897-006-9020-0

Afulani, P. A., Kirumbi, L., & Lyndon, A. (2017). What makes or mars the facility-based childbirth experience: Thematic analysis of women's childbirth experiences in western Kenya. *Reproductive Health, 14*(1), Article 180. https://doi.org/10.1186/s12978-017-0446-7

Agarwal, S., Perry, H. B., Long, L. A., & Labrique, A. B. (2015). Evidence on feasibility and effective use of mHealth strategies by frontline health workers in developing countries: A systematic review. *Tropical Medicine & International Health, 20*(8), 1003–1014. https://doi.org/10.1111/tmi.12525

Agbobli, C. (2015). *Communication interculturelle et diversité*. Presses de l'Université du Québec.

Aïach, P. (2004). Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale. *Santé, Société et Solidarité, 3*(2), 39–47. https://doi.org/10.3406/oss.2004.993

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M. Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, A., Tishelman, C., van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet, 383*(9931), 1824–1830. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8

Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A. B., Gemmill, A., Ma Fat, B., Boerma, T., Temmerman, M., Mathers, C., Say, L., & United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030. *The Lancet, 387*(10017), 462–474. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7

Allen, D., & Laliberté, L. (2001). Patient empowerment and informed consent: Historical and contemporary perspectives. *Journal of Medical Ethics, 27*(2), 112–118. https://doi.org/10.1136/jme.27.2.112

Allen, S. M., Petrisek, A. C., & Laliberte, L. L. (2001). Problems in doctor–patient communication: The case of younger women with breast cancer. *Critical Public Health, 11*(1), 39–58. https://doi.org/10.1080/09581590110040005

Anadón, M., & Guillemette, F. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive? *Recherches qualitatives, Hors-série*(5), 26–37. https://www.recherche-qualitative.qc.ca

Asante, M. K., & Gudykunst, W. B. (1989). *Handbook of international and intercultural communication*. Sage Publications.

Ayele, A. D., Belay, H. G., Woldeyes, B. S., & Adane, A. A. (2021). Respectful maternity care and associated factors among women who delivered in public hospitals of Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth, 21*, Article 277. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03710-8

Babrow, A. S., Mattson, M., & Thompson, T. (2003). Theorizing about health communication. Dans T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller, & R. Parrott (Éds), *Handbook of health communication* (pp. 35–61). Lawrence Erlbaum Associates.

Baillie, L., & Black, B. P. (2015). Living in the community with disability: Service provision by a non-profit organization. *Sage Open, 5*(2), 1–10. https://doi.org/10.1177/2158244015581425

Baker, C., & Meley, V. (1996). An investigation into the attitudes and practices of intensive care nurses towards verbal communication with unconscious patients. *Journal of Clinical Nursing, 5*(3), 185–192. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1996.tb00251.x

Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., Etchells, E., Ghali, W. A., Hébert, P., Majumdar, S. R., O'Beirne, M., Palacios-Derflingher, L., Reid, R. J., Sheps, S., & Tamblyn, R. (2004). The Canadian Adverse Events Study. *Canadian Medical Association Journal, 170*(11), 1678–1686. https://doi.org/10.1503/cmaj.1040498

Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness. Pitman Medical.* Elsevier Canada.

Balint, M. (1969). *The doctor, his patient and the illness (2e éd.).* Churchill Livingstone.

Baldwin, A., Harvey, C., & Ferguson, S. (2021). Midwives' experiences of emotional labour: The impact of organisational culture and working conditions. *Women and Birth, 34*(4), 383–390. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.010

Barratt, A. (2008). Evidence-based medicine and shared decision making: The challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Education and Counseling, 73*(3), 407–412. https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.054

Barrett-Lennard, G. T. (1998). *Carl Rogers' helping system: Journey and substance*. SAGE Publications.

Barrier, P. (2013). L'autonomie du patient : le point de vue du patient. *Médecine des maladies métaboliques, 7*(4), 311–315.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. University of Chicago Press.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8e éd.). Oxford University Press.

Beaulieu, M. D., Leclère, H., & Bordage, G. (1993). Taxonomy of difficulties in general practice. *Canadian Family Physician, 39*, 1369–1375.

Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. WW Norton.

Beck, C. T. (1999). Grounded theory research. Dans J. A. Fain (Éd.), *Reading, understanding and applying nursing research* (pp. 205–225). F. A. Davis.

Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician–patient communication in the primary care office: A systematic review. *Journal of the American Board of Family Practice, 15*(1), 25–38. https://doi.org/10.3122/15572625-15-1-25

Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, A. L., & Frankel, R. M. (1994). The doctor–patient relationship and malpractice. *Archives of Internal Medicine, 154*(12), 1365–1370. https://doi.org/10.1001/archinte.1994.00420120063007

Benner, P. (1994). *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*. SAGE Publications.

Bensing, J. M., & Verhaak, P. F. M. (2004). Communication in medical encounters. Dans A. Kaptein, & J. Weinman (Éds), *Health psychology* (pp. 261–287). Blackwell Publishing.

Berger, C. R., Roloff, M. E., & Ewoldsen, D. R. (Éds). (2010). *Handbook of communication science*. SAGE Publications.

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1991). *The social construction of reality*. Penguin Books.

Bérubé, F., Bouchard, C., & Bourassa-Dansereau, C. (2019). Communication internationale et interculturelle. *Communiquer*, (25), 1–4. https://doi.org/10.4000/communiquer.3553

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence. *Public Health Reports, 118*(4), 293–302. https://doi.org/10.1016/S0033-3549(04)50253-4

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2016). Defining cultural competence: A conceptual framework and implications for practice, research, and policy. *Health Affairs, 35*(6), 1298–1305. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0141

Birks, M., & Mills, J. (2011). *Grounded theory: A practical guide*. SAGE Publications.

Bohren, M. A., Tunçalp, Ö., Miller, S., Howard, C., & Javadi, D. (2019). Transforming intrapartum care. *The Lancet, 392*(10155), 1342–1343. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32212-2

Bottemanne, H., Charron, M., & Joly, L. (2022). Croyances périnatales. *Gynécologie obstétrique fertilité & sénologie, 50*(7–8), 542–552. https://doi.org/10.1016/j.gofs.2022.05.005

Bouchard, Y. (2000). *De la problématique au problème de recherche.* Dans T. Karsenti, & L. Savoie-Zajc (Éds), *Introduction à la recherche en éducation* (pp. 79–98). Éditions du CRP.

Bourdieu, P. (1991). *Language and symbolic power*. Harvard University Press.

Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques : sur la théorie de l'action*. Éditions du Seuil.

Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., & Passeron, J.-C. (1968). *Le métier de sociologue*. Mouton.

Bousso, R. S., & Diedhiou, A. (2018). Cultural perspectives on maternal health. *Journal of Transcultural Nursing, 29*(3), 245–253. https://doi.org/10.1177/1043659617731542

Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Santé Canada.

Bowers, B. J. (1988). Grounded theory. Dans B. Sarter (Éd.), *Paths to knowledge: Innovative research methods for nursing* (pp. 33–59). National League for Nursing. https://www.worldcat.org/title/19212595

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss. *American Journal of Orthopsychiatry, 52*(4), 664–678. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x

Brinkmann, S. (2018). *The epistemology of qualitative research*. Oxford University Press.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.

Brouillet, M. I., & Bujold, M. Y. (2000). Analyse des stratégies de communication médicale. *Interactions, 4*(2), 79–101.

Bull, S. S., Rietmeijer, C., Fortenberry, J. D., Stoner, B., Malotte, K., Vandevanter, N., Middlestadt, S. E., & Hook, E. W. III (1999). Practice patterns for the elicitation of sexual history, education, and counseling among providers of STD services: Results from the gonorrhea community action project (GCAP). *Sexually Transmitted Diseases, 26*(10), 584–589. https://journals.lww.com/stdjournal/Abstract/1999/11000/Practice_Patterns_for_the_Elicitation_of_Sexual.8.aspx

Canadian Midwifery Regulators Consortium/Conseil canadien des orders de sages-femmes. (2020). *Canadian competencies for midwives / Profil de compétences canadiennes pour les sages-femmes*. https://cmrc-ccosf.ca

Carel, H. (2016). *Phenomenology of illness*. Oxford University Press.

Caris-Verhallen, W. M., de Gruijter, I. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). Factors related to nurse communication. *Journal of Advanced Nursing, 30*(5), 1106–1117. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01196.x

Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). Non-verbal behaviour. *Journal of Advanced Nursing, 29*(4), 808–818. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00954.x

Caron, J. (1996). Una teoría ecológica de la intervención comunitaria. *Intervención Psicosocial, 14*, 53–68.

Carrier, A., Levasseur, M., Bédard, D., & Desrosiers, J. (2015). L'alliance thérapeutique en ergothérapie. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 82*(1), 11–20. https://doi.org/10.1177/0008417414558575

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology, 104*(2), 107-123. http://aje.oxfordjournals.org/content/104/2/107.full.pdf+html

Cassel, E. J. (1985). The contribution of the patient's perspective to clinical medicine. *New England Journal of Medicine, 312*(12), 883–888.

Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. (2024). *Rapport annuel de l'unité des soins prénatals*. CHUL.

Chant, S., Jenkinson, T. I. M., Randle, J., & Russell, G. (2002). Communication skills: Some problems in nursing education and practice. *Journal of Clinical Nursing, 11*(1), 12–21. https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00553.x

Charmaz, K. (1983). *The grounded theory method: An explication and interpretation*. Dans R. M. Emerson (Éd.), *Contemporary field research* (pp. 109–126). Little, Brown. https://www.worldcat.org/title/contemporary-field-research/oclc/840357

Charmaz, K. (1995). *Grounded theory.* Dans J. A. Smith, R. Harré, & L. Van Langenhove (Éds), *Rethinking methods in psychology* (pp. 27–49). Sage Publications.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis.* Sage Publications.

Chawanpaiboon, S., Vogel, J. P., Moller, A. B., Lumbiganon, P., Petzold, M., Hogan, D., Landoulsi, S., Jampathong, N., Kongwattanakul, K., Laopaiboon, M., Lewis, C., Rattanakanokchai, S., Teng, D. N.,Thinkhamrop, J., Watananirun, K., Zhang, J., Zhou, W., Gülmezoglu, A. M. (2019). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: A systematic review and modelling analysis. *The Lancet Global Health, 7*(1), e37–e46. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30451-0

Chenitz, W. C., & Swanson, J. M. (1986). *Qualitative research using grounded theory.* Dans W. C. Chenitz, & J. M. Swanson (Éds), *From practice to grounded theory: Qualitative research in nursing* (pp. 3–15). Addison-Wesley.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300–314. https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310–357. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310

Collège des médecins du Québec. (2016). *Difficultés de communication et de comportement… parlons-en !* Collège des médecins du Québec. https://www.cmq.org/en/pratiquer-la-m%C3%A9decine/codes-de-d%C3%A9ontologie/difficultes-de-communication-et-de-comportement-parlons-en).

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (2018). *Protocoles en gynécologie obstétrique* (4e éd.). Elsevier Masson. https://www.elsevier-masson.fr/protocoles-en-gynecologie-obstetrique-9782294770180.html

Collière, M. F. (1982). *Promouvoir la vie: de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Interéditions.

Combs, A. W. (1976). *Perceiving the patient: A perceptual approach to understanding behavior*. Harper & Row.

Combs, A. W., Richards, A. C., & Richards, F. (1976). *Perceptual psychology: A humanistic approach to the study of persons*. University Press of America.

Conseil fédéral des sages-femmes. (2015). *Profil professionnel et de compétences de la sage-femme Belge* Direction générale Soins de Santé. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/federale_raad_voor_de_vroedvrouwen/19104799.pdf

Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology, 13*(1), 3–21.

Corbin, J., & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3e éd.). SAGE Publications.

Corsale, M. (2019). *Vécu*. Dans A. Vandevelde-Rougale, & P. Fugier (Éds), *Dictionnaire de sociologie clinique* (pp. 669–671). Érès. https://www.editions-eres.com/ouvrage/4447/dictionnaire-de-sociologie-clinique

Cosnier, J., Grosjean, M., & Lacoste, M. (1992). *Soins et communication: approche interactionniste des relations de soins*. Presses Universitaires de Lyon.

Craig, R. T. (1999). Communication theory as a field. *Communication Theory, 9*(2), 119–161. https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.1999.tb00355.x

Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. Dans B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Éds), *Social support: An interactional view* (pp. 319–366). Wiley.

Daydé, M. C., Lacroix, M. L., Pascal, C., & Clergues, E. S. (2014). *Relation d'aide en soins infirmiers*. Elsevier Masson.

Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews, 3*(2), 71–100. https://doi.org/10.1177/1534582304267187

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5e éd.). Sage Publications.

Dervin, B. (1999). On studying information seeking methodologically: The implications of connecting metatheory to method. *Information Processing & Management, 35*(6), 727–750. https://doi.org/10.1016/S0306-4573(99)00023-0

De Vito, A., Carrasco Llatas, M., Ravesloot, M. J., Kotecha, B., De Vries, N., Hamans, E., Maurer, J., Bosi, M., Blumen, M., Heiser, C., Herzog, M., Montevecchi, F., Massimo Corso, R., Braghiroli, A., Gobbi, R., Vroegop, A., Vonk, P. E., Hohenhorst, W., … & Vicini, C. (2018). European position paper on drug-induced sleep endoscopy: 2017 update. *Clinical Otolaryngology*, *43*(6), 1541-1552.

Dey, I. (1999). *Grounding grounded theory: Guidelines for qualitative inquiry*. Academic Press.

Downe, S., Finlayson, K., Tunçalp, Ö., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women: A systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 125*(5), 529–539. https://doi.org/10.1111/1471-0528.14920

Drolet, M. J., Lalancette, M., & Caty, M. È. (2019). *ABC de l'argumentation* (2e éd.). Presses de l'Université du Québec. https://www.puq.ca/catalogue/livres/abc-argumentation-3543.html

Dugnat, M. (2013). *Soigner, prendre soin en périnatalité*. Érès. https://www.editions-eres.com/ouvrage/2962/soigner-prendre-soin-en-perinatalite

Durupt, M., Bouchy, B., Christophe, A., Kivits, J., & Boivin, J.-M. (2016). Représentations et usages de la télémédecine chez des médecins généralistes ruraux. *Revue d'éthique et de santé, 12*(3), 485–498. https://doi.org/10.1016/j.respe.2016.07.006

Edwards, S. C. (1998). An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch. *Journal of Advanced Nursing, 28*(4), 809–817. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998x.00706.x

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine, 27*(10), 1361–1367. https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician–patient relationship. *Journal of the American Medical Association* (*JAMA), 267*(16), 2221–2226. https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry, 137*, 535–544. https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine, 9*(2), 100–103. https://doi.org/10.1370/afm.1239

Fallowfield, L., & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer, 35*(11), 1592–1597. https://doi.org/10.1016/S0959-8049(99)00212-9

Faniel, A. (2013). *La sage-femme : particularités d'un métier vieux comme le monde*. CERE. asbl. https://www.cere-asbl.be/wp-content/uploads/2021/11/7_sages_femmes.pdf

Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing. *Nursing Science Quarterly, 1*(1), 10–16. https://doi.org/10.1177/089431848400100104

Fedha, T. (2014). Impact de la téléphonie mobile sur les soins maternels. *Open Journal of Preventive Medicine, 4*(5), 365–376. https://doi.org/10.4236/ojpm.2014.45044

Fele, G. (2006). La communication dans l'urgence. *Revue française de linguistique appliquée, 11*(2), 33–51. https://www.cairn.info/revue-francaise-de-linguistique-appliquee-2006-2-page-33.htm

Finlay, L. (2002). Negotiating the swamp: Reflexivity in research practice. *Qualitative Research, 2*(2), 209–230. https://doi.org/10.1177/146879410200200205

Finocchio, L. J., Bailiff, P. J., Grant, R. W., & O'Neil, E. H. (1995). Professional competencies in the changing health care system. *Academic Medicine, 70*(11), 1023–1028.

Fenwick, J., Gamble, J., & Barclay, L. (2007). Childbirth and the transition to motherhood. *Midwifery, 23*(3), 282–293. https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.09.005

Flores, G. (2006). Language barriers to health care. *New England Journal of Medicine, 355*(3), 229–231. https://doi.org/10.1056/NEJMp05831

Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R., & van Staa, A. (2019). Woman-centered care 2.0. *European Journal of Midwifery, 3*, 1–7. https://doi.org/10.18332/ejm/109032

Formarier, M. (2007). La relation de soin. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 33–42.

Foucault, M. (1976). *La naissance de la clinique*. Presses universitaires de France.

Frank, A. W. (2013). *The wounded storyteller*. University of Chicago Press.

Freedman, L. P. (2016). Implementation and aspiration gaps. *The Lancet, 388*(10056), 2068–2069. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31530-6

Gagnon, A. J., & Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD002869. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002869.pub2

Giddens, A. (2018). *Sociology* (8e éd.). Polity Press.

Gilson, L., Hanson, K., Sheikh, K., Agyepong, I. A., Ssengooba, F., & Bennett, S. (2011). Building the field of health policy and systems research. *PLoS Medicine, 8*(8), e1001079. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001079

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Aldine.

Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Minuit.

Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1999). Narrative based medicine. *British Medical Journal, 318*(7175), 48–50. https://doi.org/10.1136/bmj.318.7175.48

Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel*. Fayard.

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care. *British Medical Journal, 327*(7425), 1219–1221. https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25*(4), 806–817. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00892.x

Hunt, N., & McHale, S. (2007). E-mail interview. *Qualitative Health Research, 17*(10), 1415–1421. https://doi.org/10.1177/1049732307308761

Hunter, B., & Warren, L. (2014). Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery, 30*(8), 926–934. https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.010

Husserl, E. (1996). *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale* (G. Granel, Trad.). Gallimard. (Ouvrage original publié en 1954).

Hutchinson, S. A. (1988). Education and grounded theory. Dans R. Sherman, & R. Webb (Éds), *Qualitative research in education: Focus and methods* (pp. 123–140). Falmer Press.

Hutchinson, S. A., & Wilson, H. S. (2001). Grounded theory: The method. Dans P. L. Munhall (Éd.), *Nursing research: A qualitative perspective* (3e éd., pp. 209–243). Jones & Bartlett.

Institut Haïtien de l'Enfance, ICF International, & Ministère de la Santé Publique et de la Population. (2018). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services (EMMUS-VI 2016–2017)*. The DHS Program. https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR249/SR249.pdf

International Confederation of Midwives. (2019). *Essential competencies for midwifery practice*. International Confederation of Midwives. https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf

Jakobson, R. (1960). Closing statement: Linguistics and poetics. Dans T. A. Sebeok (Éd.), *Style in language* (pp. 350–377). MIT Press.

Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of women in childbirth. *PLoS Medicine, 12*(6), e1001849. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849

Jouet, E., & Las Vergnas, O. (2013). *L'éducation thérapeutique du patient : une révolution silencieuse*. Presses de l'EHESP.

Jouët, J. (2010). Retour critique sur la sociologie des usages. *Réseaux, 28*(162), 487–521. https://doi.org/10.3917/res.162.0487

Johnson, P., & Duberley, J. (2003). Reflexivity in management research. *Journal of Management Studies, 40*(5), 1279–1303. https://doi.org/10.1111/1467-6486.00380

Journal La Rédaction. (2023). *Origine et importance de la communication : Décryptage étymologique*. Journal La Rédaction. https://umvie.com/origine-et-importance-de-la-communication-decryptage-etymologique/

Jusot, F. (2008, 16–17 octobre). *Méthodes d'observation et de mesure des inégalités de santé* [Présentation orale]. Congrès national des Observatoires régionaux de la santé, Marseille, France.

Kawish, A., Tappis, H., McGowan, E., Zainab, S., & Ansari, N. (2023). Respectful maternity care (RMC). *BMC Pregnancy and Childbirth, 23*, Article 112. https://doi.org/10.1186/s12884-023-05487-6

Kinsella, E. A. (2010). The art of reflective practice. *Reflective Practice, 11*(4), 565–575. https://doi.org/10.1080/14623943.2010.516260

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning*. Prentice Hall.

Kreps, G. L. (2020). The relevance of health communication. *Journal of Communication in Healthcare, 13*(1), 1–5. https://doi.org/10.1080/17538068.2020.1713228

Lagan, B. M., Sinclair, M., & Kernohan, W. G. (2010). Internet use in pregnancy. *Birth, 37*(2), 106–115. https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00390.x

Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality*. National League for Nursing Press.

LeVasseur, J. J., Niles, B. L., & Holmes, L. (2019). Empathy and presence in prenatal care. *Journal of Midwifery & Women's Health, 64*(2), 179–187. https://doi.org/10.1111/jmwh.12948

Levinson, W., Roter, D., Mulloly, J. P., Dull, V., & Frankel, R. (1997). Physician–patient communication. *Journal of the American Medical Association JAMA, 277*(7), 553–559.

Lisha L. (2011). *Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé : une analyse documentaire*. Institut canadien pour la sécurité des patients. https://d1n7iqsz6ob2ad.cloudfront.net/document/pdf/54fe55c37ba40.pdf

Lupton, D. (2016). The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: A focus group study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 16*, 171. https://doi.org/10.1186/s12884-016-0971-3

Makoul, G., & Clayman, M. L. (2006). Shared decision making. *Patient Education and Counseling, 60*(3), 301–312. https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.01.010

Ministère de la Santé du Gabon (2012). *Enquête Démographique et de Santé du Gabon (EDSG, 2012).* Ministère de la Santé du Gabon.

Ministère de la Santé du Gabon (2021). *Enquête Démographique et de Santé du Gabon (EDSG, 2021).* Ministère de la Santé du Gabon.

Ministère de la Santé, Gabon. (2023). Politique nationale de santé (PNS 2024–2034, 2023). Ministère de la Santé, Gabon.

Ministère de la Santé Publique et de la Population d'Haïti. (2019). *Profil de compétences des sages-femmes d'Haïti*.

Ministère de l'Économie et de la Relance, & Secrétariat Général (2022). *Annuaire statistique du Gabon*. Direction générale de la statistique. https://instatgabon.org/uploads/folder_1/autres_publications/ANNUAIRE-STATISTIQUE-2022-DEFINITF.pdf

Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.

Mucchielli, A. (2006). *Étude des communications : Nouvelles approches*. Armand Colin.

Murray, E., Charles, C., & Gafni, A. (2006). Shared decision-making in primary care: Tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Education and Counseling, 62*(2), 205–211. https://experts.mcmaster.ca/scholarly-works/1522750

Nabarette, H. (2002). L'internet médical et la consommation d'information par les patients. *Réseaux, 20*(114), 249–286. https://doi.org/10.3917/res.114.0249

Norton, L. (1999). The philosophical bases of grounded theory and their implications for research practice. *Nurse Researcher, 7*(1), 31–43. https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.7748/nr.7.1.31.s7

Nove, A., Friberg, I. K., de Bernis, L., McConville, F., Moran, A. C., Najjemba, M., Hoope-Bender, P. T., Tracy, S., & Homer, C. S. (2021). Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: A Lives Saved Tool modelling study. *The Lancet Global Health, 9*(1), e24–e32. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30397-1

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072–2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

O'Hagan, S., Manias, E., Elder, C., Pill, J., Woodward-Kron, R., McNamara, T., & McColl, G. (2014). What counts as effective communication in antenatal care? *Midwifery, 30*(5), 646–655. https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.010

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1986). *Charte d'Ottowa. Promotion de la santé*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349653/WHO-EURO-1986-4044-43803-61666-fre.pdf?sequence=1

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2006). *The health of the people: The African regional health report*.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2015). *Tendances de la mortalité maternelle 1991-2015*. https://iris.who.int/handle/10665/204113

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2023). *WHO global report on trust and misinformation in health*.

Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine, 40*(7), 903–918. https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M

Ordre des sages-femmes du Québec. (2009). *Référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de sage-femme au Québec*. Ordre des sages-femmes du Québec. https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2502434

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Armand Colin.

Palmer, M. J., Henschke, N., Bergman, H., Villanueva, G., Maayan, N., Tamrat, T., Mehl, G., Glenton, C., Lewin, S., Fønhus, M. S., & Free, C. (2020). Targeted client communication via mobile devices for improving maternal, neonatal, and child health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). https://10.1002/14651858.CD013679

Parent, N. (2019). *La communication interpersonnelle en santé : habiletés et attitudes essentielles pour favoriser un processus de guérison*. Presses de l'Université Laval.

Parrott, R. (2004). Emphasizing "communication" in health communication. Dans R. Parrott (Éd.), *Handbook of health communication* (pp. 3–16). Sage Publications. https://us.sagepub.com/en-us/nam/handbook-of-health-communication/book226006

Patterson, F., Ferguson, E., Lane, P., Farrell, K., Martlew, J., & Wells, A. (2000). A competency model for general practice: Implications for selection, training, and development. *British Journal of General Practice, 50*(452), 188–193. https://bjgp.org/content/50/452/188

Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. G. P. Putnam's Sons.

Phaneuf, M. (2013). *La communication, composante essentielle du soin*. Chenelière Éducation.

Phaneuf, V. M. (2016). *Time, consumption and everyday life: Practice, materiality and culture*. Dans E. Shove, F. Trentmann, & R. Wilk (Éds), *Time, consumption and everyday life: Practice, materiality and culture*. Berg Publishers. https://www.routledge.com/Time-Consumption-and-Everyday-Life-Practice-Materiality-and-Culture/Shove-Trentmann-Wilk/p/book/9781003087236

Pidgeon, N. (1991). The use of grounded theory for conceptual analysis in knowledge elicitation. *International Journal of Man-Machine Studies, 35*(2), 151–173. https://doi.org/10.1016/0020-7373(91)90007-8

Pidgeon, N. F., Turner, B. A., & Blockley, D. I. (1991). The use of grounded theory for conceptual analysis in knowledge elicitation. *International Journal of Man-Machine Studies, 35*(2), 151–173. https://doi.org/10.1016/0020-7373(91)90007-8

Pinard, D. (1992). Les dix ans de la Charte canadienne des droits et libertés et le droit civil québécois : quelques réflexions. *Ottawa Law Review, 24*, 193.

Pitso, T., & Mavundla, T. R. (2020). Exploring the challenges of midwives in the implementation of quality maternal health care. *African Journal of Midwifery and Women's Health, 14*(2), 1–9.

Plouffe, M.-J. (2011). *La pratique théâtrale des personnes « handicapées » au Québec* [Thèse de doctorat inédite]. Université du Québec à Montréal, Québec.

Plouffe, M.-J., & Guillemette, F. (2012). La MTE comme apport au développement de la recherche en arts. Dans J. Luckerhoff, & F. Guillemette (Éds), *Méthodologie de la théorisation enracinée : fondements, procédures et usages* (pp. 87–114). Presses de l'Université du Québec.

Puthussery, S., Bayih, W. A., Brown, H., & Aborigo, R. A. (2023). *Promoting a global culture of respectful maternity care*. *BMC Pregnancy and Childbirth, 23*, Article 798. https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-06118-y

Queneau, P., & Mascret, D. (2004). *Le malade n'est pas un numéro! Sauver la médecine*. Odile Jacob.

Rantala, R., Bortz, M., & Armada, F. (2014). Intersectoral action: Local governments promoting health. *Health Promotion International, 29*(suppl_1), i92–i102. https://academic.oup.com/heapro/article/29/suppl_1/i92/647605

Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2015a). Caring as emancipatory nursing practice. Dans M. A. Ray, & M. C. Turkel (Éds), *Caring science, mindfulness, and practice* (pp. 3–23). Springer.

Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2015b). Response to critique of "caring as emancipatory nursing praxis: the theory of relational caring complexity". *Advances in Nursing Science*, *38*(3), 160-161.

Rayment-Jones, H., Silverio, S. A., Harris, J., Harden, A., & Sandall, J. (2020). Project 20: Midwives' insight into continuity of care models for women with social risk

factors: What works, for whom, in what circumstances, and how. *Midwifery, 84*, Article 102654. https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102654

Regroupement Les Sages-femmes du Québec. (2021). *Le développement d'une relation de confiance*. https://www.rsfq.qc.ca/suivi-sage-femme/

Renaud, L. (2020). Communication pour la santé : construction d'un champ de recherche et d'intervention. *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, (La communication à l'UQAM), 61-76. https://doi.org/10.4000/communiquer.4959

Renaud, L., & Rico de Sotelo, C. (2007). Communication and health: Rival or parallel paradigms? *Santé Publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France), 19*(1), 31–38.

Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Audebert Delage Silva, D. R., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet, 384*(9948), 1129–1145. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3

Reny, P. (2018). *Savoir communiquer pour mieux aider : la communication aidante et pédagogique en soins infirmiers et dans le domaine de la santé*. Pearson.

République Gabonaise, Commission Nationale du Recensement (CNR), Ministère du Développement Durable, de l'Economie, de la Promotion des Investissements et de la Prospective, Direction Générale de la Statistique (DGS), Direction Nationale du Recensement (DNR), Bureau Central du Recensement (BCR) (Éds). (2013). *Résultats globaux du recensement général de la population et des logements de 2013 du Gabon (RGPL-2013).* Direction Générale De la Statistique (DGS) Libreville. https://www.mays-mouissi.com/wp-content/uploads/2016/07/Recensement-general-de-la-population-et-des-logements-de-2013-RGPL.pdf

Reynolds, M., Williams, M., & Savage, J. (1999). *Teaching communication skills to health professionals*. Nelson Thornes.

Rice, P. L., & Ezzy, D. (1999). Qualitative data analysis. Dans P. L. Rice, & D. Ezzy (Éds), *Qualitative research methods* (pp. 190–214). Oxford University Press.

Ricœur, P. (1983). *Temps et récit* (Tome 1). Éditions du Seuil.

Ricœur, P. (1984). *La configuration du temps dans le récit de fiction* (Tome 2). Éditions du Seuil.

Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Éditions du Seuil. http://palimpsestes.fr/textes_philo/ricoeur/ricoeur-soi-meme.pdf

Ricœur, P. (1991). *Le temps raconté* (Tome 3). Points-Essais.

Riegelman, R. K. (2017). *Public health 101: Healthy people–healthy populations* (2e éd.). Jones & Bartlett Learning.

Riesenberg, L. A., Leitzsch, J., & Little, B. W. (2009). Systematic review of handoff mnemonics literature. *American Journal of Medical Quality, 24*(3), 196–204. https://doi.org/10.1177/1062860609334792

Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage Publications. https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/narrative-methods-for-the-human-sciences/book226139

Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., van der Pal, K., Prins, M., Green, J., & Buitendijk, S. (2016). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth, 43*(4), 327–335. https://doi.org/10.1111/birt.12223

Robertson, G. B., & Picard, E. I. (2017). *Legal liability of doctors and hospitals in Canada*. Thomson Reuters Canada Limited.

Robin, N., Josso, N., Launay, T., Paulard, I. R., Pougnet, L., & Pougnet, R. (2020). Vécu au travail des sages-femmes : une analyse textuelle. *Sages-Femmes, 19*(2), 39–44. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1637408820300110

Rode, A. (2009). L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : entre droit aux soins et devoirs de soins. *Lien social et Politiques*, (61), 149-158.

Rogers, C. R. (1945). *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice.* Houghton Mifflin. https://books.google.com/books/about/Counselling_and_Psychotherapy.html?id=RlcgzQEACAAJ

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy.* Houghton Mifflin. https://search.worldcat.org/title/1036812951

Rogers, C. R. (1992). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(6), 827–832. (Œuvre originale publiée en 1957). https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.6.827

Sanders, M. R., & Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development, 31*(1), 65–73. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00506.x

Sarangi, S. (2010). Reconfiguring self/identity/status/role: The case of professional role performance in healthcare encounters. *Journal of Applied Linguistics and Professional Practice, 7*(1), 75–95. https://doi.org/10.1558/japl.v7i1.75

Savoie-Zajc, L. (2000). L'analyse de données qualitatives : pratiques traditionnelle et assistée par le logiciel NUD•IST. *Recherches qualitatives, 21*, 99–123. https://www.erudit.org/fr/revues/rechqual/2000-v21-rechqual06717/1085614ar/

Schegloff, E. A. (1968). Sequencing in conversational openings. *American Anthropologist, 70*(6), 1075–1095. https://doi.org/10.1525/aa.1968.70.6.02a00020

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action.* Routledge.

Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling, 64*(1–3), 21–34. https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.11.014

Schreiber, R. S. (2001). The "how to" of grounded theory: Avoiding the pitfalls. Dans R. S. Schreiber, & P. N. Stern (Éds), *Using grounded theory in nursing* (pp. 55–83). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0619-5_4

Schütz, A. (1967). *The phenomenology of the social world.* Northwestern University Press.

Sears, K., Lewis, S. T., Craddock, M., Flowers, B. R., & Bovie, L. (2014). L'évaluation d'un outil de communication au sein d'un établissement de soins aigus. *Journal of Hospital Administration, 3*(5), 79–87 https://doi.org/10.5430/jha.v3n5p79

Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. University of Illinois Press.

Shove, E., Trentmann, F., & Wilk, R. (Éds). (2009). *Time, consumption and everyday life: Practice, materiality and culture*. Berg Publishers. https://www.routledge.com/Time-Consumption-and-Everyday-Life-Practice-Materiality-and-Culture/Trentmann-Shove-Wilk/p/book/9781003087236

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2010). *Outils et stratégies pour communiquer avec le patient*. Éditions Médecine et Hygiène.

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013) Skills for communicating with patients (3e éd.). Radcliffe Publishing, Cambridge. https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3259928

Société de Protection des Infirmiers et Infirmières du Canada. (2016). ***Journal** info droit : communication.* InfoDroit. https://spiic.ca/article/la-communication/

Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852

Sow, A. (2020). Normes sociales, maternité et recours aux soins en Afrique de l'Ouest. *Santé Publique, 32*(4), 451–460.

Stapleton, L. R. T., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology, 26*(3), 453–463. https://doi.org/10.1037/a0028332

Starrin, B., Dahlgren, L., Larsson, G., & Styrborn, S. (1997). *Along the path of discovery: Qualitative methods and grounded theory*. Student litteratur.

Stern, P. N. (1980). Grounded theory methodology: Its uses and processes. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 12*(1), 20–23. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1980.tb00036.x

Stern, P. N. (2007). On solid ground: Essential properties for growing grounded theory. Dans A. Bryant, & K. Charmaz (Éds), *The Sage handbook of grounded theory* (pp. 114–126). Sage Publications. https://doi.org/10.4135/9781848607941.n8

Stern, P. N. (2009). In the beginning Glaser and Strauss created grounded theory. Dans J. M. Morse, B. J. Bowers, K. Charmaz, A. E. Clarke, J. Corbin, C. J. Porr, & P. N. Stern (Éds), *Developing grounded theory: The second generation* (pp. 23–29). Routledge.

Stoiciu, S. (2008). Communication interculturelle et médiation symbolique. *Communication, 26*(1), 45–63.

Stoiciu, S. (2011). *Communication interculturelle, identités et altérité*. Presses de l'Université du Québec.

Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care: The patient should be the judge of patient centred care. *British Medical Journal, 322*(7284), 444–445. https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.444

Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal, 152*(9), 1423–1433. https://doi.org/10.1503/cmaj.152.9.1423

Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice, 49*(9), 796–804. https://escholarship.org/uc/item/96w4d9qr#page=1

Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (1995). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method.* Sage Publications.

Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2003). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method* (2e éd.). Radcliffe Medical Press.

Stewart, M., Levenstein, J., & McWhinney, I. (1986). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. Sage Publications.

Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge University Press.

Strauss, A. L., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An overview. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Éds), *Handbook of qualitative research* (pp. 273–285). Sage Publications.

Street, R. L. (2013). How clinician–patient communication contributes to health improvement: Modeling pathways from talk to outcome. *Patient Education and Counseling, 92*(3), 286–291. https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.004

Street, R. L., Jr., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling, 74*(3), 295–301. https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015

Srivastava, A., Avan, B. I., Rajbangshi, P., & Bhattacharyya, S. (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care: A review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy and Childbirth, 15*(97). https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0525-0

Sully, E. A., Biddlecom, A., Darroch, J. E., Riley, T., Ashford, L. S., Lince-Deroche, N., Firestein, L., & Murro, R. (2020). *Adding it up: Investing in sexual and reproductive health 2019*. Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019

Teutsch, C. (2003). Patient–doctor communication. *Medical Clinics of North America, 87*(5), 1115–1145. https://doi.org/10.1016/S0025-7125(03)00110-6

Thomas, C. (2022). *Sage-femme, gardienne de l'eutocie*. Érès.

Thibeault, R., & Ouellet, M. (2016). La communication thérapeutique en orthophonie : au-delà du langage. *Revue francophone de la déficience intellectuelle, 27*(1), 29–41.

Travaline, J. M., Ruchinskas, R., & D'Alonzo, G. E. (2005). Patient-physician communication: Why and how. *Journal of Osteopathic Medicine, 105*(1), 13–18. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15671329

Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York University Press. https://nyupress.org/9780814739721/caring-democracy

Van Manen, M. (2016). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Routledge.

Ventola, C. L. (2014). Social media and health care professionals: Benefits, risks, and best practices. *P&T: A Peer-Reviewed Journal for Formulary Management, 39*(7), 491–520. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4103576/

Villani, A. (1996). Méthode et théorie dans l'oeuvre de Gilles Deleuze. *Temps modernes*, (586), 141-154.

Waldenström, U., Turnbull, D., & van Teijlingen, E. (2008). A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 115*(1), 5–16. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01519.x

Watson, J. (1997). The theory of human caring: Retrospective and prospective. *Nursing Science Quarterly, 10*(1), 49–52. https://doi.org/10.1177/089431849701000112

Watson, J. (1998). *Postmodern nursing and beyond*. Churchill Livingstone.

Watson, J. (1999). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Jones & Bartlett.

Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science.* F.A. Davis.

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring.* University Press of Colorado.

Weston, C. M., & Brown, C. M. (2016). *Introduction to evidence-based practice for nurses* (4e éd.). Jones & Bartlett Learning.

Wiles, R., & Higgins, J. (1996). Doctor–patient relationships in the private sector: Patients' perceptions. *Sociology of Health & Illness, 18*(3), 341–356. https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10934010

Wilkinson, S. (1992). Bonne communication en soins infirmiers en cancérologie. *Norme sur les soins infirmiers, 7*(9), 35–39.

Williams, S., Weinman, J., & Dale, J. (1998). Doctor–patient communication and patient satisfaction: A review. *Family Practice, 15*, 480–492. https://doi.org/10.1093/fampra/15.5.480

Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology.* McGraw-Hill.

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215

World Health Organization. (2019b). *Trends in maternal mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. https://www.unfpa.org/publications/trends-maternal-mortality-2000-2017

World Health Organization. (2019a). *WHO guideline: Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505

Xenocostas, S., Benoît, C., Zadoroznyj, M., Hallgrímsdóttir, H., & Smith, M. (2014). *Perceptions of health, care-seeking and communication among immigrant and ethnocultural communities*. Centre for Gender and Sexual Health Equity.

You, D., Jones, G., & Wardlaw, T. (2010). *Levels & trends in child mortality: Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 2011*. United Nations. https://digitallibrary.un.org/record/3968656?v=pdf

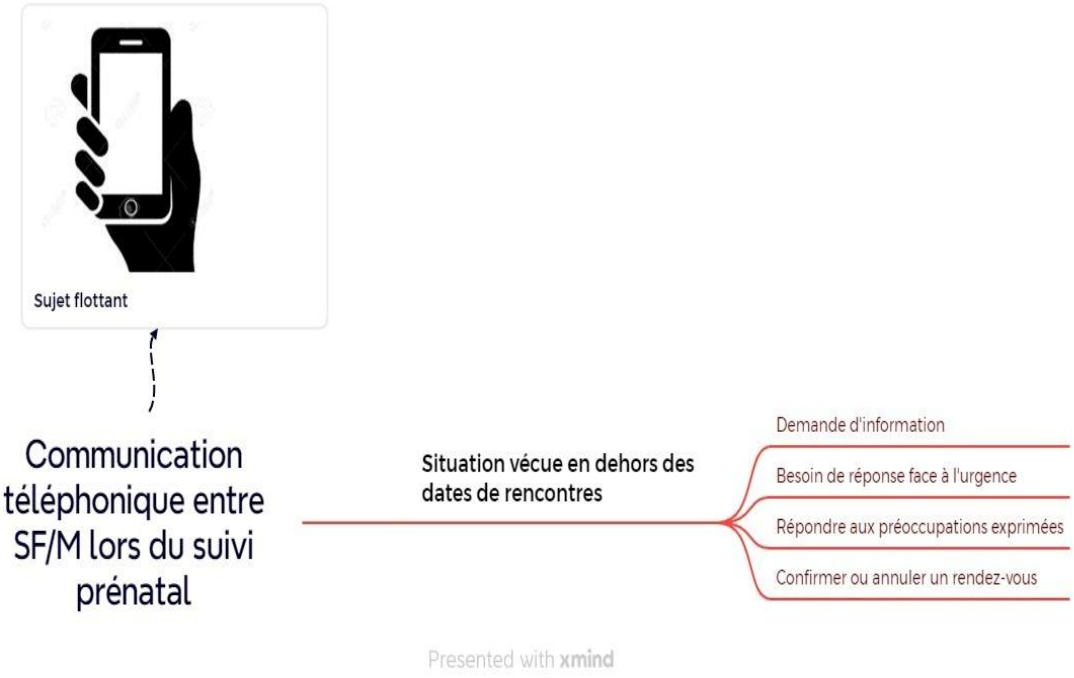
Zimmerman, D. H. (1984). Talk and its occasion: The case of calling the police. Dans D. Shiffrin (Éd.), *Meaning, form and use in context: Linguistic applications* (pp. 210–228). Georgetown University Press.

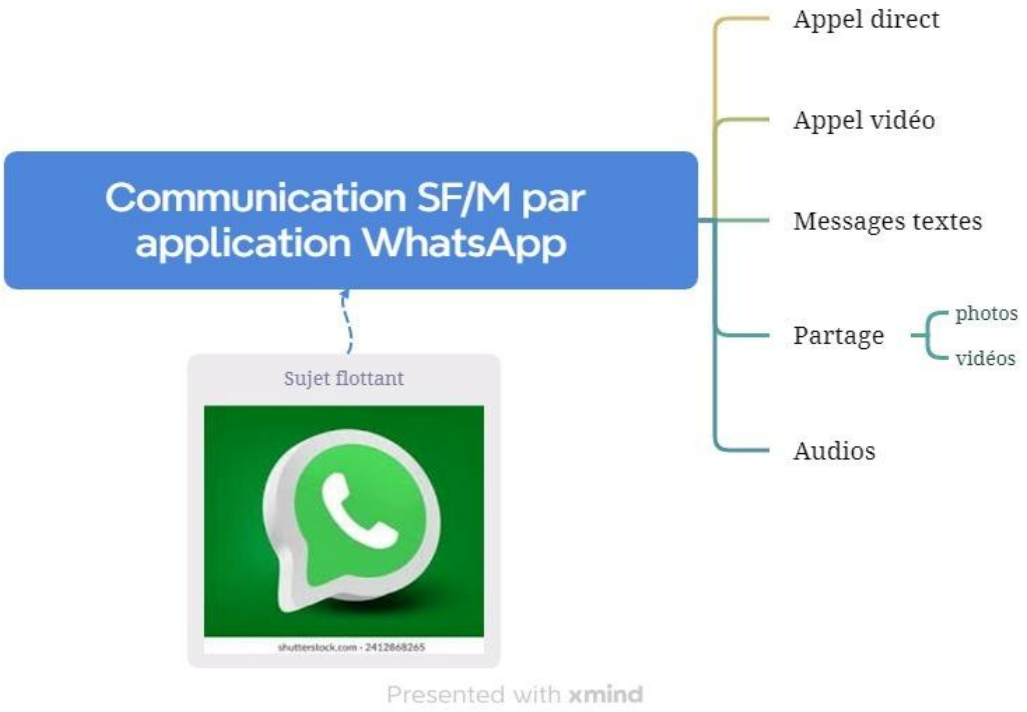
Zimmerman, D. H. (1992b). Achieving context: Openings in emergency calls. Dans G. Watson, & R. M. Seiler (Éds), *Text in context: Contributions to ethnomethodology* (pp. 35–51). Sage Publications.

Zimmerman, D. H. (1992a). The interactional organization of calls for emergency. Dans P. Drew, & J. Heritage (Éds), *Talk at work: Interaction in institutional settings* (pp. 418–469). Cambridge University Press.

APPENDICE A REPRÉSENTATION DES MODALITÉS DE COMMUNICATION






Communication SF/M par application WhatsApp
Appel direct
Appel vidéo
Messages textes
Partage
photos
vidéos
Audios
Sujet flottant
shutterstock.com · 2412868265
Presented with xmind

APPENDICE B QUESTIONNAIRE (DÉBUT)

Ébauche du canevas d'entretien individuel

Projet de recherche : La communication entre la sage-femme et la maman en contexte de périnatalité au Gabon

1. **Introduction et rappel** des considérations déontologiques

Rappel aux participantes de l'objet de recherche, contexte de recherche

Considérations déontologiques: votre participation à l'entretien est volontaire, vous êtes libre de refuser, de répondre à certaines questions si vous ne sentez pas à l'aise, sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications

2. **Explications relatives au fonctionnement de l'entretien :**

- Il n'y a pas de mauvaises réponses. Il n'y en a que des bonnes.
- Si vous sentez le besoin que je précise certaines questions, n'hésitez pas à le mentionner

3. **Portrait de la sage-femme**

3.1 Svp, vous voulez, décrivez ce qui vous a amené à être sage-femme ?

3.2 Svp, décrivez votre formation en pratique sage-femme.

3.3 Svp, quels sont vos défis personnels en tant que sage-femme?

4. **Environnement de travail et besoins de soutien**

4.1 Svp, racontez-moi ce que vous vivez dans la relation avec la maman lors de votre consultation aussi bien dans un contexte présentiel que dans un contexte de communication numérique.

4.2 Svp, décrivez-moi les aspects communicationnels des consultations que vous abordez avec la maman, dans un contexte présentiel et dans un contexte de communication numérique.

4.3 Svp, parlez-moi des avantages liés à la communication entre la sage-femme et la maman, dans un contexte présentiel et dans un contexte de communication numérique.

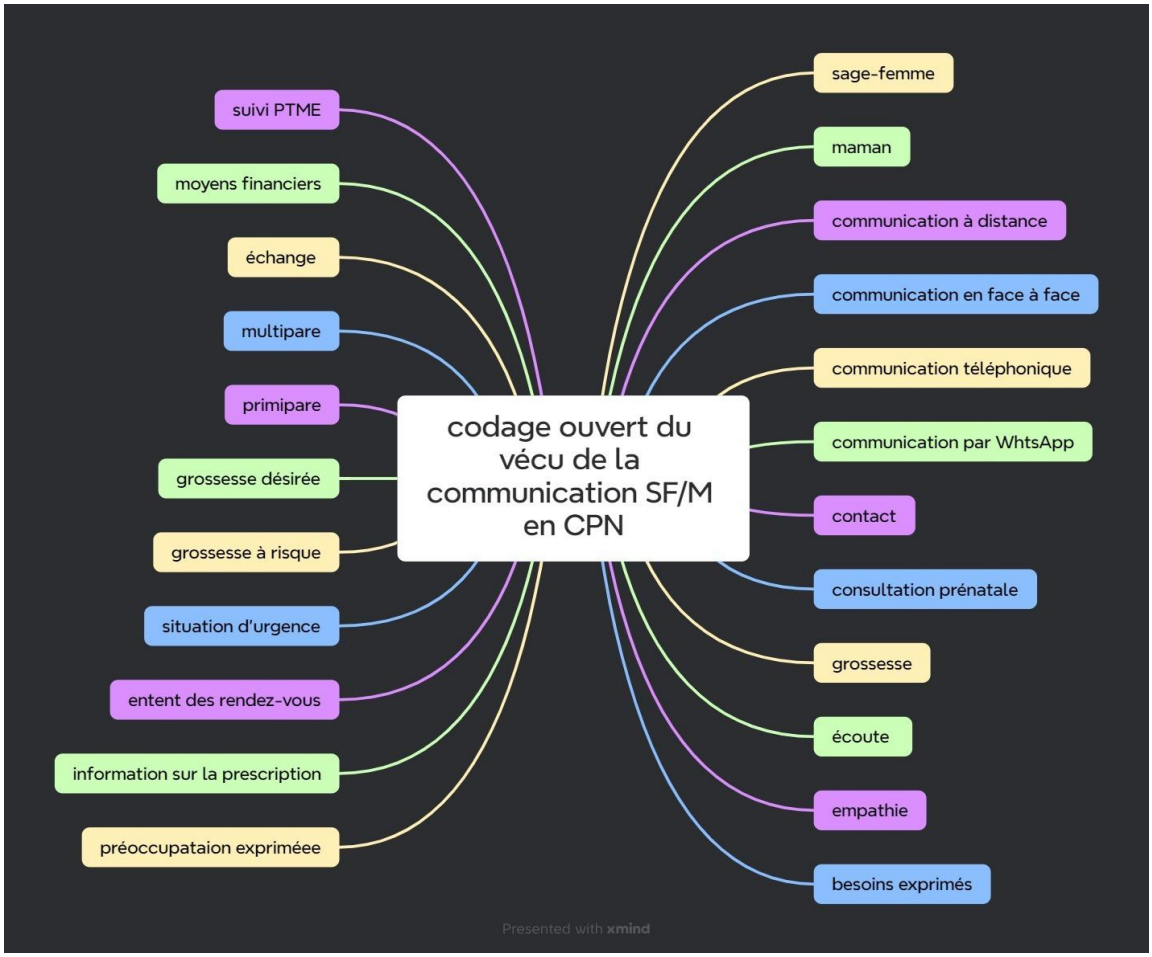
4.4 Svp, racontez-moi vos défis liés à la communication entre vous et la maman dans un contexte présentiel et dans un contexte de communication numérique.

4.5 Svp, dites-moi quels seront vos besoins de soutien à la communication dans un contexte présentiel et dans un contexte de communication numérique dans votre pratique sage-femme?

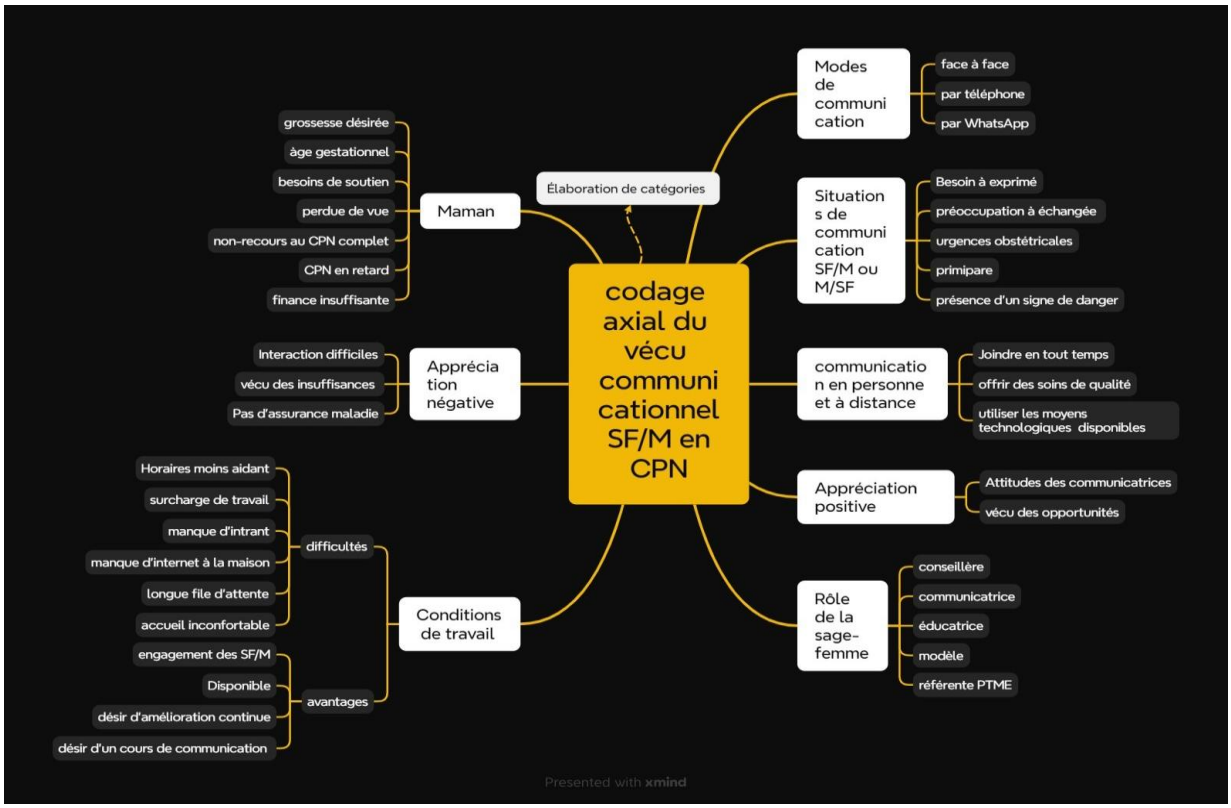
APPENDICE C SCHÉMATISATION DE LA MÉTHODOLOGIE DE NOTRE ANALYSE DURANT LA RECHERCHE

Les exemples des différents niveaux de codage :

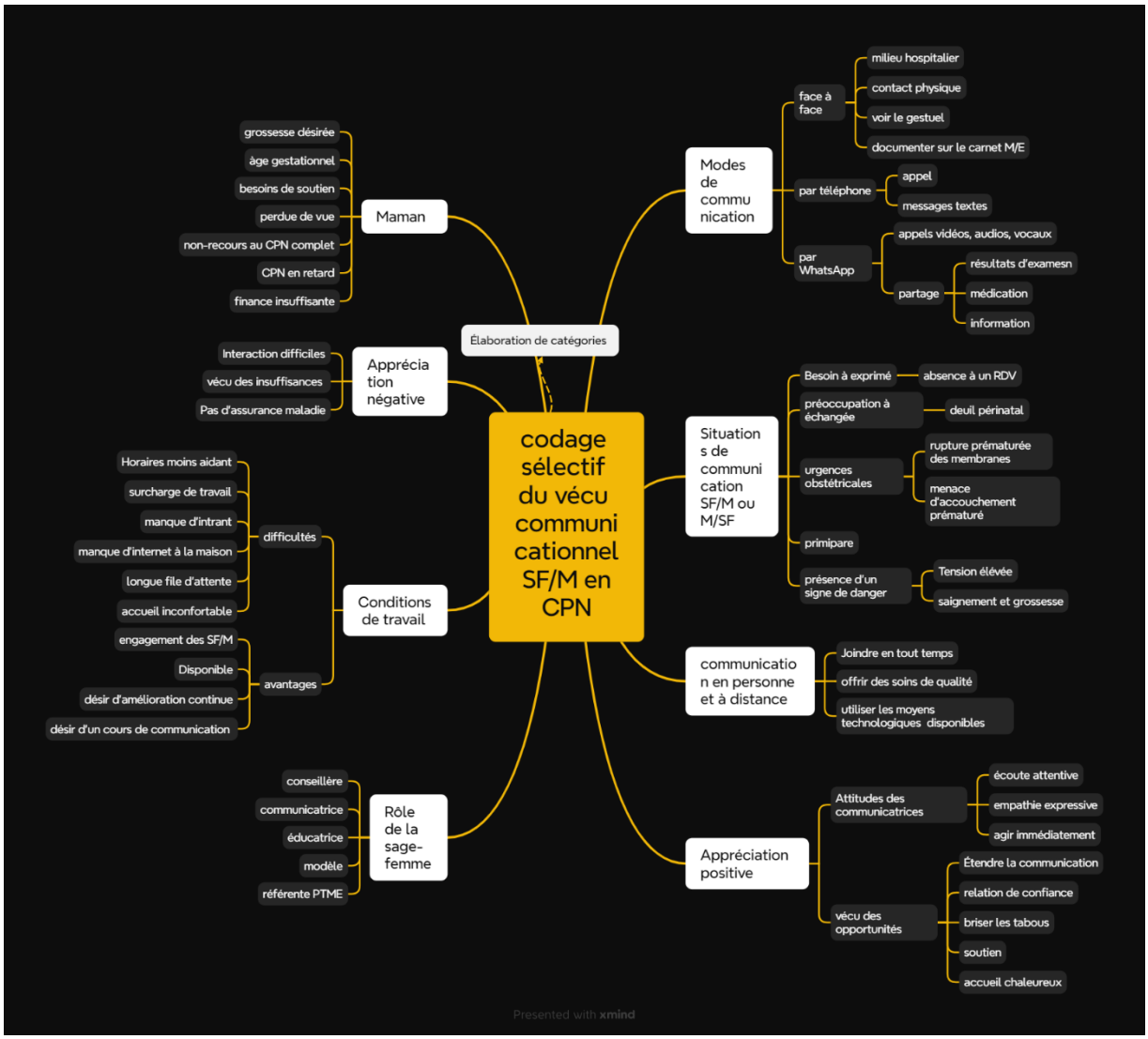
1. Codage ouvert (début)



2. Codage axial : premier regroupement des différents codes



3. Codage sélectif : élaboration de catégories



APPENDICE D EXEMPLES DE CERTAINS MÉMOS

Exemples de certains mémos rédigés pendant la recherche

2024/01/16

Utilisation du WhatsApp:

Dans les propos de la participante, Mme Dorine, du 04 décembre 2023, elle partage son utilisation téléphonique via l'application WhatsApp. Pour elle, le WhatsApp est disponible auprès des mamans et c'est le moyen qu'elles utilisent le plus vice-versa.

2024/01/21

Pour Bella, l'application WhatsApp est très avantageux pour elle car ce qu'elle utilise pour communiquer avec les mamans et c'est ce qu'elle va utiliser également avec moi pendant les pauses à son lieu de travail, car il y'a le Wifi disponible en tout temps

Dans son vécu lors des consultations en privée, les conversations par WhatsApp avec les mamans se font comme si c'était en présentiel.

De plus, Bella rapporte que c'est la communication WhatsApp qui coûte actuellement moins cher en ce moment et reste la plus utilisée dans la majeure partie du territoire gabonais. De ce fait, il serait judicieux de considérer le facteur coût pour une éventuelle usage à grande échelle dans ce sens où l'on pourrait permettre aux mamans d'en posséder.

2024/01/31

Pour Norine, elle utilise très souvent la communication numérique avec les mamans par voie téléphonique mais surtout par WhatsApp.

2024/01/15

Appel par WhatsApp:

Avec l'application WhatsApp, Bella ajoute qu'une maman l'avait contactée pour annuler son rendez-vous car elle a fait une crise de paludisme avec trois jours d'hospitalisation si bien qu'elle se sentait encore faible pour marcher

Raison du WhatsApp:

Dans ma compréhension des raisons évoquées par la participante Dorine sur son utilisation du WhatsApp font parties intégrantes dans sa pratique professionnelle pour entretenir des communications numériques avec les mamans. Pour elle, le WhatsApp est une application qui lui permet d'avoir des conversations avec les mamans en vue de répondre à leurs préoccupations. Elle facilite la compréhension du français de certaines mamans rencontrant des difficultés de communiquer en français, de plus les conjoints peuvent s'informer directement sur cette application en cas de besoins des éclaircissements sur un aspect ou une prescription comme elle l'a observé auprès des conjoints des mamans nommées (ouest-africaines) également.

2024/01/25

Une autre raison évoquée par Bella sur l'utilisation du WhatsApp est le facteur coût. Pour elle, la communication par WhatsApp reste un des moyens de communication le moins coûteux en ce moment au Gabon.

Appel téléphonique:

2024/01/25

1. Appel émis par la maman:

Dans ma compréhension des propos de Dorine sur l'appel téléphonique, il y'a d'un côté des appels émis par les mamans pour exprimer un besoin particulier par exemple lorsqu'elles demandent plus de compréhension sur la posologie médicamenteuse.

2024/01/25

Pour Bella, elle reçoit les appels émis par les mamans si celles-ci font face à une situation difficile. Les situations difficiles qu'elle a rencontrées le plus souvent concernaient : une demande de conseils à la suite d'une réaction allergique à la prise de médicament et un malaise suite à une hausse de la pression artérielle.

La maman a appelé Bella parce qu'elle avait des douleurs pelviennes. Il faut dire qu'aussitôt le besoin est exprimé par la maman, de suite la réponse lui est fournie pour trouver la solution à ce besoin exprimé.

Et Dorine appui en disant que: [Euh vraiment ce n'est pas une conversation comme des copines pour dire que vous allez raconter quoi que ce soit. Non tu réponds à ces préoccupations. Mme telle ou telle chose je peux faire comment? Toi, tu donnes des orientations, si tu peux te déplacer si le jour-là, tu travailles, tu lui dis, viens me trouver, je vais résoudre le problème sur place. C'est comme ça que ça se passe]. **Cela me ramène à la qualité des échanges**

2024/01/31

Pour Norine, un des appels téléphoniques envoyé par la maman était lié à la difficulté pour elle de trouver un médicament prescrit indisponible à la pharmacie, donc elle se demandait si c'était possible d'avoir un équivalent à la place. Par la suite, la sage-femme lui a donné son accord.

Nous retenons que cette difficulté est survenue à cause de la rupture de stock du produit prescrit en pharmacie.

Par la suite, la sage-femme lui a conseillée un autre produit qui était disponible jusqu'à la posologie. La parturiente, selon Norine, a trouvé satisfaction suite à leurs échanges.

2. Appel envoyé par la sage-femme:

De l'autre côté, les SF envoient des appels aux mamans soit pour donner un conseil particulier à la maman, soit pour répondre aux préoccupations exprimées par la maman. Selon Dorine, en étant référente PTME, elle faisait des appels aux mamans pour

rappeler la date du rendez-vous où la présence rêvait un caractère obligatoire. Ce qui nous amène à les classer dans une section à part.
Pour Bella, elle contacte la maman à travers en appel téléphonique via l'application WhatsApp. Pour elle, c'est le moyen qu'elle utilise plus souvent pour confirmer un rendez-vous ou bien pour l'annuler avec la maman.

2024/01/20
Appel téléphonique urgent: Selon les propos de Dorine, je comprends par-là que certains des appels émis par les mamans ayant un caractère urgent font référence à une prise en charge immédiate en fonction de l'urgence exprimée.

2024/01/25
Pour Bella, l'appel urgent reçu arrive quand le rendez-vous est encore loin mais que la maman vit une situation inattendue. De ce fait, la maman l'appelle pour solliciter son aide.
Face donc à une situation d'urgence au téléphone, elle donne les consignes adaptées à l'urgence. Par exemple, quand elle a reçu l'appel de la maman qui lui disait qu'elle saignait sur une grossesse de 6 mois avec une hausse de tension, Bella lui a conseillée de se rendre immédiatement à l'hôpital rencontré le gynécologue et la maman a aussitôt suivi son conseil.
De cette situation, je me dis que Bella devrait aussi s'assurer que la maman sera reçue en urgence à l'endroit où elle la réfère en les contactant d'avance pour les avertir mais surtout afin que le service se prépare à recevoir la maman aussitôt arrivée de manière adéquate, sans perdre du temps pour sauver des vies.

2024/01/31
Un autre appel urgent reçu de Bella s'est passé lorsque la maman a reçu un résultat positif de l'examen sur la toxoplasmose et que la date qu'elle devrait rencontrer la sage-femme pour le lui présenter était éloignée.

2024/02/05

Pour Sierra, il s'agissait d'une maman enceinte à 32 semaines d'aménorrhées qui avait des douleurs et elle l'a appelée pour savoir ce qu'elle pouvait faire. Dans son cas, on comprend que l'appel urgent est fonction de la situation vécue et ici, il s'agit des douleurs sur une grossesse de 32SA, période à haut de naissance prématurité. Le protocole pour pousser l'examen général de la maman doit se faire en milieu hospitalier.

2024/03/02

Norine explique qu'elle avait reçu, un appel urgent d'une maman qui voulait savoir si elle était présente à la structure sanitaire parce qu'elle avait perdu des eaux à 35SA, terme à haut risque d'accouchement prématuré. Étant dans une structure ayant des moyens limités pour une bonne prise en charge de la maman st de son bébé, elle a l'orienté dans une unité mieux équipée.

Transfert/ Référence:

C'est une mesure que Sierra a adopté par suite du vécu de la maman pour la référer dans un centre de santé pour une consultation si malgré la prise de l'antispasmodique, la douleur ou contraction persiste et augmente en intensité, elle se rend immédiatement à l'hôpital pour sa prise en charge.

Pour Norine, au regard des équipements insuffisants de son lieu de travail, face à une situation difficile, elle oriente la maman dans un service mieux équipé.

Détails de la situation urgente:

À la suite de l'appel urgent reçu de Sierra, elle a demandé à la maman de lui détailler la situation afin de mieux répondre à ces questions et orienter sa prise en charge efficacement.

Donner les détails de la situation fait en sorte que l'information soit complète et que les orientations aussi soient complètes, d'où l'importance de communiquer davantage.

Stress réciproque

Devant une situation difficile, Norine et la maman vivent un stress réciproque car elles s'interrogent sur comment faire la prise en charge immédiate, et parfois les moyens financiers de la maman sont insuffisants pour couvrir les frais.

Déni de la réalité

Pour Norine, le déni de la réalité que vivent certaines mamans fait en sorte qu'elles ont du mal à accepter la situation qui se présente à elle, par exemple, le prix de la couveuse à la suite d'un accouchement prématuré. Elle relate que: [Les parents refusent d'accepter que le bébé veuille venir plus tôt que prévu parce que très souvent, il se pose un problème financier. Par la suite ils persistent à rester dans les petites structures au détriment de la santé du nouveau-né].

Mauvaise préparation à la naissance

Norine partage que la mauvaise préparation à la naissance pose beaucoup de problèmes aussi bien pour elle que pour les mamans. Pour les mamans, elles acceptent difficilement la situation inattendue comme l'accouchement prématuré. Pour Norine, elle reçoit des blâmes de la part du pédiatre pour avoir réalisé un accouchement prématuré sans son accord préalable mais lui est difficilement joignable dans la nuit.

Une bonne écoute/une écoute active

Bella a manifesté une écoute active auprès de la maman qui vivait une situation inquiétante avec son conjoint à la suite d'un résultat d'examen rendu positif. Tout de suite, la sage-femme a répondu à la maman d'être patiente et d'écouter ces explications. Pour Bella, l'écoute active entretenue avec la maman a fait en sorte qu'à travers ces explications, son inquiétude se dissipe de même que celle de son conjoint.

Cette écoute active a aussi favorisé l'adhésion du conjoint qui a accepté d'accompagner la maman à sa prochaine rencontre prénatale avec Bella.

De plus, pour Norine en suggérant une plateforme numérique, elle souligne l'importance de développer une écoute active afin de mieux comprendre ce que disent les mamans/famille.

2024/02/10
À l'ère du numérique, l'écoute active est une composante essentielle pour des décisions éclairées telles que Bella a fait avec sa patiente et son conjoint.

Appel de suivi PTME:
Dans ces fonctions de référente PTME (protection de la transmission du VIH Sida, mère-enfant), elle prenait l'initiative de téléphoner ces mamans afin qu'elles soient présentes à leurs rendez-vous et surtout bénéficier de la prise des ARV (antirétroviraux). Ce qui veut dire qu'elle avait l'obligation de les contacter vue leurs statuts sérologiques et l'organisation du travail mise en place pour le suivi de ces mamans.
De plus, elle pouvait demander à la maman de venir la rencontrer si elle est au travail dès qu'elle a reçu son appel au besoin et parfois, elle pouvait se rendre au domicile de la maman avec son consentement préalable. Ce suivi PTME est d'une importance capitale dans la prise en charge de ces mamans afin de préserver leur santé et celle du bébé à naître.
Un autre point à considérer que Dorine a relaté, est le fait que la maman appelait aussi pour s'assurer qu'elle va la retrouver lors de sa consultation afin de garder la confidentialité de son statut séropositif car elle n'aimerait pas que d'autres personnes soient au courant.
Dans ce vécu du suivi PTME, Dorine raconte qu'elle a rencontrée beaucoup de limites: [plateau technique défaillant, la non prise en compte des doléances pour une meilleure prise en charge, le manque d'informations des populations, la non-vulgarisation du travail effectué, un moment, on sombre dans la routine, etc.] Face à cet état de choses, Dorine suggère certains points d'amélioration au niveau du système de soins comme par exemples: [les séminaires, les inspections, les recadrages, les renforcements de

capacités. Ne pas mettre l'aspect pécuniaire en avant dans l'offre de soins]. De plus, des actions telles qu'aller au plus près des populations par exemples, les chefs de quartiers, les leaders d'opinion comme les pasteurs etc. devraient se faire car pour Dorine, une population bien formée adhère facilement aux offres de soins.

Vidéo sur WhatsApp:

C'est une stratégie employée par les mamans pour communiquer avec la sage-femme afin de confirmer une situation importante qui était de lui montrer sa grossesse. Par la suite, la SF lui donne des orientations pour un meilleur suivi même si elle n'était plus en mesure de s'occuper d'elle car elle avait été affectée ailleurs.

Photos sur WhatsApp:

C'est également un moyen qu'une maman a utilisé pour présenter les résultats des examens réalisés en avance avant son rendez-vous avec la date de son rendez-vous en vue de montrer de façon concrète ce dont il est question, par exemple, la photo de son examen sur la glycémie qui était un peu élevée. ce qui a permis à la SF de lui fournir plus d'explications sur ce résultat d'examen qui paraissait inquiétant et dissiper cette inquiétude.

Pour Bella, ce moyen de prise de photos et partager sur WhatsApp a été aussi utilisé par la maman qui ayant reçu les résultats d'examen un peu plus tôt que la date du rendez-vous avec la sage-femme, a pu les prendre en photos et envoyer à la sage pour analyse. Je comprends par là qu'il s'agit non seulement d’anticiper la rencontre mais aussi de trouver une solution dans l'immédiat en cas d'urgence, par exemple, sur ces résultats d'examen.

De Bella, l'usage des photos par WhatsApp peut également avoir un caractère rétrospectif d'un évènement passé à son absence où la maman lui fait le compte rendu de son accouchement ayant eu lieu à son absence en lui montrant les photos du bébé.

2024/01/31

Messages textes (SMS) par WhatsApp:

Dans le discours de Bella, les messages textes ou SMS sur WhatsApp constituent également une des stratégies utilisées pour converser avec les mamans et vice versa. Pour elle, même si la maman n'est pas en ligne au moment d'émettre le message, elle a la possibilité de le lire après une fois qu'elle se connecte, vice versa.

Les mamans perdues de vue:

Ce que je comprends des propos de Dorine, c'est qu'elle a perdu de vue certaines mamans séropositives enceintes car ayant abandonné le suivi PTME avec elle. Les raisons d'abandon évoquées par ces mamans sont par exemple, le déni, le fait de cacher la vérité, c'est-à dire son statut sérologique à son conjoint/famille et d'autres s'orientent ailleurs.

Une des mamans qu'elle a perdues de vue s'est rendue dans une église où le pasteur lui a dit que sa maladie était un mauvais sort lancé par les sorciers. Cette situation constitue une limite majeure dans les moyens de communication utilisés.

2024/01/21

Santé communautaire:

C'est une suggestion formulée par Dorine face à la difficulté pour elle de vivre l'abandon des mamans au suivi PTME. Elle dit que la santé communautaire reste une option à développer davantage en utilisant, par exemple, des spots publicitaires par les médias et les agents au niveau de la communauté

Communication numérique en périnatalité:

Dans ma compréhension des propos de Bella, la communication numérique en périnatalité est un sujet très passionnant.

Elle trouve du plaisir à réaliser ce travail car cela lui fait tourner les neurones un peu.

2024/01/22

Pour Bella, elle entretient effectivement des communications numériques avec les mamans par WhatsApp pour diverses raisons, par exemple, elles peuvent discuter si la maman a un malaise.

2024/02/05

Dans ce qui est rapporté par Sierra sur le projet, elle accepte de participer au projet de recherche mais souhaite avoir plus d'amples informations sur "pourquoi signer le formulaire d'information et de consentement? L'explication fournie sur l'importance d'apposer une signature a été réceptive par Sierra qui s'est engagée dans le processus en donnant son accord. Cet accord marque le début de nos échanges par courriel pour la plupart.

Sierra confirme avoir des communications numériques avec les mamans.

2024/02/07

Pour Florine, elle a parfois les communications numériques avec les mamans par téléphone.

Usage du message texte par téléphone:

Dans son vécu, Floriane dit que d'habitude, elle échange son numéro avec les mamans donc, elle écrit des messages pour pouvoir communiquer avec elles et vice versa. Par exemple, elle a écrit à une maman qui n'était pas rendue à son suivi prénatal pour savoir pourquoi elle n'est pas arrivée ou bien elle-même le fait. Mais là, la maman utilise le même medium pour répondre à la SF en évoquant un problème de moyen financier. La maman dit, je cite: [que si elle n'était pas venue à notre rendez-vous, c'est parce que son conjoint ne lui avait pas encore donné de l'argent pour la consultation]. C'est aussi un autre moyen de communication numérique utilisé par Floriane et les mamans. Un autre message texte est échangé entre Laurianne et une primipare que voici: [j'ai eu une patienta primipare qui avait régulièrement des questions en rapport avec comment elle se sentait à certains moments de l'évolution de sa grossesse, elle écrivait régulièrement et je répondais régulièrement aussi].

2024/02/01

Une attitude positive:

Cette posture est mentionnée par Bella qui l'a observée lorsque la maman a manifesté de l'inquiétude. Elle est restée sereine et l'a rassurée en même temps. De plus elle s'est proposée de la rencontrer en personne en vue de dissiper davantage cette inquiétude.

2024/02/04

Pour Norine, elle suggère qu'au sein de la plateforme numérique, il serait important d'expliquer des attitudes à bannir et à adopter pour mieux accompagner les mamans et leurs familles.

2024/02/10

Face à la précarité financière observée lors des rencontres prénatales ayant pour conséquence le retard des rendez-vous avec les mamans, Bella a adopté une attitude positive de non-jugement en facilitant une issue favorable de cette crise par la surveillance accrue aux 2 semaines.

De plus, elle ajoute des explications adaptées et la plupart des mamans fournissent des efforts de les suivre mais d'autres trainent toujours. D'où l'importance de sensibiliser de façon permanent à travers les multiples mediums que dispose la communication numérique.

Décision éclairée:

Pour Bella, lorsque la maman exprime son besoin et que par la suite, elle arrive à lui donner de l'information suffisante, la maman prend alors une décision éclairée. Pour illustrer ce propos, voici ce qu'elle nous rapporte: [y'avait une de mes patientes qui se plaignait de douleurs pelviennes, elle m'a appelée pour savoir ce qu'elle devait faire? Je lui ai conseillée de prendre du « Spasfon suppo », 2fois par jour. Quelques jours après, elle m'a rappelée disant que les douleurs ne se calmaient pas, je lui ai demandé d'aller consulter en urgence dans une structure sanitaire la plus proche de chez elle, chose qu'elle a faite].

Satisfaction d'un travail bien accompli:

Dans le suivi PTME effectué par Dorine aux mamans, elle vivait des moments de grande satisfaction d'un travail bien accompli se rapportant, par exemple, à la naissance d'un bébé séronégatif.

On peut aussi dire que c'est une satisfaction partagée lorsque Bella découvre les photos du nouveau-né que la maman a partagées sur WhatsApp avec elle. Selon Bella, en

admirant ces photos elle est satisfaite de son travail. Par la suite, elle répond à la maman en lui exprimant sa joie à l'idée de savoir que tout s'était bien passé.

Empathie expressive:

Dans le vécu de la conversation de Bella avec une maman qui a annulé son rendez-vous suite à la difficulté pour la maman de se tenir debout, elle a manifesté de l'empathie vis à vis de la maman en lui proposant d'autre disponibilité.

Cette empathie expressive a été adoptée aussi lorsque la maman a rencontré des difficultés pour être admise dans une structure de santé militaire car ayant fait des consultations dans une structure privée (non reconnue), Bella a accepté cet état de fait en lui laissant la liberté de poursuivre des soins ailleurs selon sa convenance. De plus, elle lui a prodiguée des conseils sur l'accouchement.

Situations de communication numérique:

Cet aspect est très important à prendre en compte pour parler de la communication numérique de manière efficace. Une des situations évoquées par Bella en périnatalité est le moment idéal pour l'entretenir car selon ces propos, c'est lors de la consultation prénatale et de la consultation poste natale que la maman est plus disposée.

2024/01/22

1. Pendant la grossesse, la maman est disponible et consciente de son état et souhaite avoir des explications sur les différentes transformations qui s'opèrent en elle.
2. Arès l'accouchement, pour Bella, la communication numérique trouve également le moment favori car le corps de la maman a subi des changements à la suite de l'accouchement, donc la maman veut aussi savoir ce qu'il en est.
3. Dans ma compréhension de ces différentes conditions, au regard de la vision holistique de la prise en charge de la maman, il serait important d'utiliser les communications numériques comme l'application WhatsApp en salle d'accouchement. Par exemple, en phase latence ou en cas d'une situation urgente, le conjoint ou un

membre de la famille qui accompagne l'accouchée pourrait la contacter pour la soutenir émotionnellement ou bien répondre à une préoccupation majeure.

D’autres situations évoquées

1. L'âge gestationnel:

Dans l'expérience vécue par la participante Norine, elle mentionne une autre condition pour laquelle les mamans la contactent pour solliciter une rencontre le plus souvent est fonction de l'âge gestationnel ou l'âge de leur grossesse. Cet appel varie entre la primipare et la multipare.

Pour Bella, les multipares ont tendance à communiquer tardivement sur leur état de santé car pour Bella, elles pensent qu'avec l'expérience elles peuvent commencer les visites vers 4 mois et plus. De ce fait, elle vit une situation de négligence de certaines multipares.

2024/02/05

Pour Sierra, elle demande souvent l'âge gestationnel à la maman car cela lui a permis d'un côté de transférer la maman dans une structure plus adaptée à sa situation à temps et à une autre maman de lui dire prendre un antispasmodique pour atténuer les douleurs ressenties exprimés au téléphone.

2. le désir de grossesse:

Pour elle, la primipare appelle aussitôt vers sa 15SA (quinzième semaine d'aménorrhées) pour prendre un rendez- vous de début de la consultation prénatale par suite du désir de la grossesse. Cependant, la multipare a tendance à retarder son rendez-vous à cause de son expérience d'accouchement antérieur.

Pour ainsi dire que, sachant que la grossesse est unique, même si la maman est multipare, le plus important à faire est de commencer les CPN le plus tôt possible pour sa sécurité et celle de son fœtus car les CPN constituent des moments de rencontre privilégiés entre la sage-femme et la maman. Par ailleurs, selon, l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2016), dans un continuum avec les soins de santé reproductive, les soins prénatals constituent une plateforme idéale pour fournir

d'importantes prestations de santé, dont la promotion de la santé, le dépistage et le diagnostic, et la prévention des maladies. Il est aussi établi que, grâce à la mise en œuvre en temps utile de pratiques appropriées fondées sur les preuves, les soins prénatals peuvent sauver des vies. De ce fait, la considération « *multiparienne* » de la grossesse est à mettre de côté pour sauver des vies en offrant les CPN au bon moment.

3. les moyens financiers:

Ce facteur joue un grand rôle sur le suivi prénatal de la maman. Partant du fait que le suivi prénatal n'est pas complètement pris en charge par l'assurance maladie (ACNANGS), que toutes les femmes enceintes ne sont pas assurées, certaines mamans assurées ou non doivent avoir de l'argent nécessaire pour subvenir aux différents besoins de leurs grossesses. si bien que lorsque les moyens ne suivent pas, les rencontres prénatales sont retardées. Il serait important de multiplier les temps de sensibilisations sur ces enjeux liés à la CPN par exemple.

2024/02/10

Pour Sierra, lorsque la maman lui a dit qu'elle souhaite commencer les visites un peu plus tard, c'est parce qu'elle a des difficultés financières pour payer les frais y afférents au suivi de CPN. Sierra vit cette désolation avec la maman qui a des soucis financiers. Mais lui rappelle l'importance de commencer les CPN au bon moment afin d'éviter des situations irrémédiables.

2024/02/10

Pour Bella, dans ces échanges avec les mamans pour un retard de suivi de grossesse, la maman répond qu'elle et son conjoint n'ont pas assez d'argent pour venir en consultation au bon moment. Ils prennent le temps pour regrouper l'argent nécessaire et par la suite planifier une rencontre avec la SF. Ce déficit financier est une situation troublante qui déstabilise la planification du travail de la SF d'une part, et, d'autre part, pourra mettre en danger la vie de la maman et du fœtus en pleine croissante. Mais pour Bella, consciente de cet état de choses, elle communique davantage en expliquant les risques encourus aussi bien pour la maman mais aussi, pour son bébé d'une grossesse mal suivie.

De plus, Bella continue à communiquer sans porter de jugement en mettant en place un plan d'action permettant de rapprocher les rendez-vous aux 2 semaines et de veiller à ce que la maman soit présente afin de mieux apprécier son état de santé et de celui de son bébé.

Numéro vert:

Dans l'optique de minimiser les dépenses des mamans, Norine propose par exemple, la mise à disposition d'un numéro vert (totalement gratuit) où les mamans pourront communiquer sans contraintes de crédits. Pour elle, c'est une excellente idée à soumettre aux autorités compétentes.

Centre d'appel:

Selon Norine, la création d'un centre d'appel est un autre moyen d'entretenir une communication numérique avec les mamans. Ce centre servira de relais de façon qu'il y ait toujours quelqu'un pour répondre aux préoccupations des mamans, un peu comme avec le 911 ici au Canada.

Plateforme numérique:

Dans le discours de Norine, il ressort que, pour une prise en charge holistique de la maman/famille, l'idée de la création d'une plateforme numérique devrait être envisagée. Dans ce sens que, pour elle, [Dans le but d'une prise en charge holistique des mamans/ familles, je pense qu'on devrait créer une plateforme numérique ou nous pourrions échanger des expériences de préparation à l'accouchement ou d'expliquer aux patients les attitudes à bannir ou adopter, tenir compte et écouter l'avis des mamans/ familles].

Publicité

2024/02/07

Pas de communication numérique:

Pour Laurianne, elle n'a pas de communication numérique avec les mamans parce qu'elle discute avec les mamans quand elles sont internées à son service où elle est major. Elle relate que son activité principale est de s'occuper de l'organisation des soins et le bon fonctionnement du service: [je suis Majore de service depuis 7 ans. Et donc,

je ne suis pas en salle d'accouchement. Je m'occupe de l'organisation des soins et le bon fonctionnement du service].

NB: J'ai demandé à Laurianne, pourquoi elle n'avait pas de communication numérique avec les mamans? Elle m'a répondu qu'en étant une SF militaire, elle a l'obligation de réserve, c'est pourquoi elle ne donne pas son numéro de téléphone aux mamans.

Communication en présentiel:

Laurianne dit qu'elle discute avec les mamans quand elles sont dans son service. Même en cas de préoccupation vécue par la maman à la maison, elle revient dans son service pour une rencontre.

En ayant une communication en présentielle, Laurianne discute souvent avec les mamans sur les sujets spécifiques: [je discute avec elle sur le planning familial, sur l'allaitement maternel. Et si une maman a vécu une mauvaise expérience, lors de l'accouchement, je joue le rôle de conseillère].

Incompréhension:

Pour Norine, lors des communications en présentiel avec les mamans, elle vit des incompréhensions avec certaines mamans issues du milieu Ouest-Africain car elles ne comprennent pas bien le français et s'expriment difficilement. Si bien que pour dénouer cette situation, elle fait intervenir un parent ou accompagnateur pour mieux expliquer ces dire et ce dernier parle parfois en langue vernaculaire ou langue maternelle.

L'interprétation du message:

Pour Norine, C'est une technique qu'elle utilise pour faciliter la compréhension de son message lorsque la maman a des difficultés de compréhension du français. En fait, Norine, dit que: [pour les mamans qui n'arrivent pas à comprendre ce que je dis, il arrive que j'interpelle les parents de la parturiente en question pour expliquer la situation qui nous met en désaccord ou en mal entendu]. L'interprète est souvent un proche parent ou un accompagnateur. Elle utilise la même méthode face aux mamans de l'Afrique de l'Ouest qui rencontrent des difficultés à comprendre le français.

Blocage dans sa tête ou blocage psychologique:

Pour Norine, elle vit des situations de blocages psychologiques de la part de la maman qui se trouve dans un certain état d'esprit et manifeste un refus lorsqu'une situation ne cadre pas avec ses attentes. Par exemple, [Souvent des parents arrivent à mieux comprendre la situation que les patientes parce qu'elles sont déjà dans un certain état d'esprit. Ils ont eu leur propre but dans la tête et quand il ne cadre pas avec ce qu'elle souhaite ou en fait, elles font comme un déni, comme un blocage psychologique]. Ce blocage peut entrainer des refus de suivre les conseils de la SF, d'où l'importance de communiquer de manière efficace afin d'éviter ce genre de situation.

Rôle de SF conseillère joué par Laurianne lors des communications en présentiel:

Pour Laurianne, en fonction des sujets qu'elle discute avec les mamans, elle joue le rôle de conseillère. Voici un exemple de conseil qu'elle a donné à une maman: [J'ai conseillé une dame qui avait perdu son premier bébé à l'accouchement. Je lui ai dit madame, sécher vos larmes. Dieu seul sait pourquoi il a permis cela. Vous êtes encore jeune, vous ferez plein d'autres bébés. Ce sont des choses qui peuvent arriver chez un être humain et c'est ça qui forme notre caractère. Tenez courage, la vie n'est pas finie pour vous. Dieu vous donnera d`autre enfants. Soyez prudente la prochaine grossesse, faites le suivi où on peut vous prendre de façon globale.].

2024/03/02

Expliquer les attitudes à bannir

Dans l'utilisation de la plateforme numérique, Norine relate qu'on pourrait expliquer les attitudes à bannir autour de la naissance que certaines mamans. Elle cite par exemple: [Dans les attitudes à bannir, je parle de, bannir : les utilisations d'ocytocine indigènes (dosage inconnu et non contrôlé) à l'origine des hypercinésies qui peuvent causer des ruptures utérines et entraîner la mort si le diagnostic n'est pas posé à l'avance.

Le jeûne imposé aux patients par leur parents dès le terme de la grossesse (selon eux, le ventre plein du fœtus ne lui donnerait pas l'envie de sortir de sa mère car il serait bien nourri.

La saleté corporelle. Le fait de ne pas se laver accélérait le travail.

Les mensonges, car les dames ne disent pas ce qu'elles prennent, ou ne parlent pas de leur statut sérologique lorsque c'est positif au VIH].

Dans ma compréhension des propos de Norine, certaines mamans ont recours à certaines pratiques traditionnelles ou « potions magiques ou de grand-mère » pendant la période qui entoure la naissance. Ces pratiques à risque peuvent mettre en danger la vie de la maman et de son bébé entrainant des complications majeures à court, long terme. Elle cite par exemple, l'utilisation de certaines plantes ou ocytocines indigènes avec des dosages inconnus et non contrôlés.

Expliquer les attitudes à adopter

Dans les attitudes à adopter, pour Norine, elle cite par exemple, elle trouve important de dire aux mamans de : [nous demandons aux patients de nous faire confiance et de coopération avec nous pour la bonne prise en charge et le bon déroulement du travail de son accompagnement].

Communication bimodale

C'est une forme de communication qui a émergée de notre analyse des données où les mamans et les SF l'utilisent ensemble. Elle peut se dérouler entre la sage et la maman ou entre la maman et la SF, tout dépend de celle qui initie la communication. Elle se fait aussi bien à distance à travers la téléphonie mobile et ces applications (par exemple le WhatsApp) qu'en présentiel, face-à-face. Lors de cette voie de communication, Pour cette catégorie, comme relaté par nos participantes, il y'a des moments où la communication est difficile, parfois bloquée. À distance, la communication peut être perturbée par la mauvaise connexion internet, par absence d'internet, par des intempéries comme une forte pluie, du tonnerre où l'utilisation du téléphone est risquée à cause du bruit de la foudre.

En présentielle, elle a constaté que certaines mamans ont de la difficulté à comprendre son message comme c'est souvent le cas des mamans de l'Afrique de l'Ouest communément appelées « Ouest-africaines » qui s'expriment moins bien en français. Dans ce cas de figure, elle a recours au parent ou à l'accompagnateur qui traduisent ces propos en langue vernaculaire. Cette façon permet de régler souvent le problème.

2024-03-16

Premier contact:

Ce moment est très important à considérer afin d'établir un bon climat qui sera propice à la communication au téléphone ou de face-à-face. Au niveau de la communication au téléphone, le premier contact est marqué par une réponse simple "Allo", suivi des salutations et un temps d'écoute. Pour la communication de face-à-face, le premier contact marque le début de la rencontre entre la sage et la maman par le processus d'accueil, de présentation et d'installation.

Ressenti émotionnel de la maman

Florine relate qu'en fonction de l'âge de la grossesse, elle aborde le ressenti émotionnel pour mieux identifier les besoins de la maman.

Communication en face-à-face

Elle s'établie dès l'arrivée de la maman devant la sage-femme. Elle a lieu au sein de la structure de soin. Pour Florine, la communication en face-à-face lui permet de regarder le faciès de la maman, de l'examiner séance tenante et de mieux faire la conduite à tenir. Pour Bella, lors de la communication de face-à-face, elle a tout le temps pour écouter la patiente et a la possibilité de lui expliquer en profondeur ce qu'elle désire savoir de son état. Alors que la communication à distance peut être interrompue pour manque ou insuffisance de données mobiles.

De la part de Norine, la communication de face-à-face permet rapidement de joindre la parole à l'acte et à détecter par les gestes, les maux de la patiente.

Réponse immédiate:

La communication numérique favorise non seulement l'expression du besoin mais également d'apporter une réponse immédiate à ce besoin. L'immédiateté de la réponse fournie par la sage-femme permet de mettre en évidence un plan d'action adapté pour une bonne prise en charge.

Problème d'accueil

Comme souligné par nos participantes, il existe un problème d'accueil dans les structures qui entrave le processus de communication entre les personnels présents à l'accueil et celui qui donne le soin.

2024-04-09

Portrait de sage-femme:

Ce portait de sage-femme nous permet de connaitre les différentes motivations intrinsèques et ou extrinsèques liées à la profession telles qu'elles sont déclinées par nos participantes au projet.

Vocation:

Dans les propos de Norine, C'est depuis l'enfance qu'elle a toujours aimé appartenir à cette grande famille.

Inspiration ou exemplarité:

Pour S, C'est par inspiration en observant le travail que faisant une ancienne sage-femme autour d'elle. Cela l'a amené à dire qu'elle fera comme elle car cette SF avait une bonne renommée. Elle était cadre.

Attraction de la blouse ou de l'uniforme: Dans les propos de Florine, depuis l'enfance, elle a toujours été attirée par les blouses.

Conviction:

Dans le discours de Florine, ce qui l'a amené à être SF c'est par conviction car depuis l'enfance elle a toujours aimé ce travail en voyant ce qu'une ancienne SF faisait. Son savoir-faire a eu des retombés positives et l'a incitée à devenir SF

Expérience positive lors de ses maternités avec l'encadrement des SF: Lors de ses premières maternités, Norine raconte qu'elle a fait la rencontre de deux SF en suivi de grossesse et à l'accouchement qui lui ont marqué positivement à travers la façon qu'elle l'avait reçu et ce jusqu'à l'accouchement. En les voyant faire, elle s'est dit qu'elle aimerait faire comme elles. Ceci pour dire que lorsque nous partageons notre savoir-faire autour de nous, cela peut constituer une source de motivation pour bien d'autre ou

des modèles. Il revient à chacun et à chacune de donner le meilleur de soi-même pour accroitre la profession de sage-femme.

Bonne information sur le cursus de formation des SF:

Pour Norine sa rencontre avec une SF après son bac après lui avoir fournie toute l'information sur le déroulement de la formation des SF à l'USS, elle a juste suivi ces recommandations et s'était inscrite pour devenir SF. À travers cet exemple, nous comprenons que lorsqu'une personne a des bonnes informations ou des informations exactes sur une situation au nomment opportun, elle fait des choix éclairés.

Bel encadrement lors des stages:

Dans les propos de Norine, il ressort que durant son parcours de SF, elle est tombée sur des SF merveilleuses qui lui ont aidé à mieux exercer la profession de SF à travers l'encadrement sur le milieu clinique etc.

APPENDICE E LISTE NOMINATIVE DE CERTAINS CODES

Codes *NVivo* regroupés par catégories et par sous-catégories

Communication

Sage-femme

Mère

Communication en face-à-face

- Contact physique
- Regard gestuel
- Toucher thérapeutique
- Anamnèse
- Examen physique
- Examen obstétrical
- Consignes/orientation
- Bilan prénatal
- Prescription
- Éducation
- Information
- Reformulation
- Répétition

Communication téléphonique

- Appels vocaux
- Appels à caractère urgent
- Appel suivi PTME
- Exprimer un besoin
- Répondre aux préoccupations
- Rappel de rendez-vous

Communication par WhatsApp

- WhatsApp par appel vocal
- WhatsApp par appel vidéo
- WhatsApp audio
- WhatsApp message texte
- WhatsApp partage vidéo
- WhatsApp partage photos ou image

Situations contextuelles de communication SF/M

- Primipare
- Multipare
- Âge gestationnel
- Consultation prénatale
- Grossesse désirée
- Grossesse à risque
- Problèmes survenus à la maison
- Présence de signes de dangers
- Besoin d'information
- Persistance des mamans perdues de vue
- Non-respect des rendez-vous
- Non-recours à la CPN complète
- Insuffisance à l'accueil des mamans
- Insuffisance de formation à la communication
- L'âge gestationnel
- Le désir de grossesse

Communication pour un changement de communication

Information, éducation, communication

Attitudes communicationnelles

- Attitude positive de non-jugement

- Écoute expressive
- Empathie
- Empowerment
- Fidélisation
- Réponse immédiate
- Satisfaction partagée d'un travail bien accompli
- Décision éclairée
- Consentement éclairé
- Rôle communicateur
- Soutien émotionnel
- Préparation à l'accouchement
- Expliquer les attitudes à bannir
- Expliquer les attitudes à adopter
- Sensibilisation
- Publicité (affiche, dépliant et posters)
- Usage des médias traditionnels (radio et télévision)
- Supports internet
- Ressources en ligne

Difficultés de communication

- Influences des pratiques culturelles et religieuses
- Ocytocine indigène
- Remède de grand-mère
- Blocage psychologique
- Incompréhension
- Déni de grossesse
- Peur des représailles
- Difficulté au travail

- Persistance des mères perdues de vue
- Manque de moyens financiers
- Fortes pluies
- Manque de connexion internet
- Défaillance dans la continuité de soins
- Manque d'écoute
- Manque de soutien émotionnel

Codes regroupant les éléments constituants du vécu communicationnel (sage-femme-mère) lors des contacts

Vécu communicationnel

Catégories de canaux de communication

Diversité de situations de communication

Appréciation positive du vécu de la communication

- Manifester des attitudes de communicatrices
- Vivre des opportunités

Appréciation négative du vécu de la communication

- Vivre des interaction difficiles sage-femme-mère
- Mauvaises conditions de travail
- Manque de moyens financiers des mères
- Influence des pratiques culturelles et religieuses
- Persistance des mères perdues de vue

Suggestions d'amélioration de la communication SF/M

- Renforcer la formation des sages-femmes à communication en face-à-face et numérique dans les milieux académiques et cliniques
- Améliorer le premier contact SF/M
- Améliorer la fréquentation des mères dans les FOSA
- Mise à disposition d'un numéro vert
- Création d'un centre d'appel

- Création d'une plateforme numérique
- Promouvoir la santé communautaire
- Renforcer la dotation en ressources (humaines, matérielles et financières) des FOSA

Codes conceptuels de théorisation de l'approche holistique intégrative de la communication téléphonique, communication par WhatsApp et des interactions en face-à-face SF/M

- Vécu de la communication centrée sur la maman
- Pratiquer l'écoute
- Avoir de l'empathie
- Collaboration facilitée SF/M
- Expression des craintes
- Meilleure orientation des soins

2. Vécu de l'intégration des technologies de l'information et de la communication

- Utilisation des NTIC
- Utilisation d'Internet
- Application de plusieurs canaux de communication
- Amélioration de l'accès aux informations sur ses soins
- Pléthore de données
- Risque de désinformation
- Risque du coût des outils
- Coût élevé des connexions
- Création des plateformes numériques

3. Vécu des soins centrés sur la maman

- Placer la mère au centre de ses soins
- Tenir compte des besoins de la maman
- Tenir compte des préoccupations
- Considérer ses expériences individuelles

- Renforcement de son empowerment
- Valorisation de l'estime de soi
- Active dans les décisions sur sa santé
- Prendre des décisions éclairées
- Vivre une expérience positive de la maternité
- Relation de confiance SF/M

4. Vécu de l'approche basée sur les preuves
    - Utilisation des données de recherche
    - Mettre à jour des données empiriques
    - Utilisation des meilleures prestations cliniques
    - Guider les prestations de soins prénatals
    - Valorisation de la recherche en pratique SF
    - Réduire les incertitudes
    - Données de référence
    - Mères ayant des soins de qualité fondées sur des données probantes
    - Idéal dans la pratique
5. Vécu de la collaboration interprofessionnelle
    - Travail en équipe
    - Collaboration interprofessionnelle
    - Collaboration intersectorielle
    - Coordination des soins
    - Assurer des soins complets et cohérent

APPENDICE F FICHE DE SYNTHÈSE

Fiche de synthèse pour la validation de notre interprétation avec les propos de nos participantes pendant la recherche

1. Fiche de synthèse des résultats soumise à leur validation

    - **Problématique de départ:** Description des diverses composantes qui font que le problème de communication SF/M existe
        - Persistance des décès:
            - Mortalité maternelle: 399%/100 000NV
            - Mortalité infantile: 28/1000NV
            - Mortalité d'enfants de moins de 5ans: 39/1000NV
            - Mortalité liée aux maladies non transmissibles (exemple, le diabète, l'hypertension artérielle) le cancer: 613/100 000Habitants
        - Insuffisances d'empouvoirement (empowerment) des mamans
            - Inscription tardive aux CPN (6%)
            - Non-recours aux CPN complets (8 contacts)
            - 1/4 des femmes enceintes n'ont pas atteint la CPN4
            - Augmentation du nombre des mamans perdues de vue
            - Augmentation des accouchements à risque (domicile)
        - Système d'information sanitaire peu performant et la recherche en santé reste faiblement structurée
            - Absence d'une couverture nationale en communication SF/M
            - Retard des publications scientifiques dans le domaine

        - Insuffisances de données statistiques sanitaires
        - Absence d'une plateforme d'échanges SF/M et SF/autres professionnels
    - Insuffisances en ressources de qualité (humaine, matérielle et financière)
- **Résultats après collecte et analyse des données**
    - **Problématique actuelle**
        - Insuffisance des pratiques de la communication numériques
        - Insuffisance des interactions en personne SF/M et SF/autres professionnels de la santé
        - Désir d'amélioration des pratiques communicationnelles actuelles
        - Absence d'une véritable culture de la communication
        - Persistance des décès maternels et infantiles élevés
- **Différentes catégories de communication**
    - Communication en face-à-face
        - Milieu hospitalier
        - Favorise le contact physique
        - Identifie les non-dits
        - Joindre la parole à l'acte
        - Faire des examens physique et obstétrical
        - Permettre de documenter les informations sur le carnet de santé mère-enfant
    - Communication téléphonique
        - Joindre la SF/M en tout temps
        - Joindre la SF en cas d'urgence

        - Envoyer un message texte/vocal
    - Communication par WhatsApp
        - Appel vocal
        - Appel vidéo
        - Partage
            - Photos (résultats d'examen, les images du nouveau-né, médicament prescrit)
            - Vidéos
            - Audios
- **Diversités de situations vécues de communication**
    - Rappel de rendez-vous des contacts
    - Déprogrammer un rendez-vous de suivi prénatal ou d'examen
    - Répondre aux préoccupations exprimées par la maman
    - Besoin d'informations sur un sujet précis
    - S'informer en présence d'un signe de danger lié à la grossesse
    - Orientation de la maman dans un centre de santé la plus proche en cas d'urgence (présence d'un signe de danger)
    - Présence d'une urgence obstétricale (MAP, RPM…)
    - Suivi des mamans séropositives et grossesse (PTME)
    - Séance des Classes des mères
    - Séance de préparation à la naissance
- **Appréciation du vécu communicationnel**
    - **Positive**
        - Soutien psychologique
            - Accès à des ressources en ligne
            - Communauté de soutien
            - Réduire le stress
        - Conseils aux femmes enceintes
        - Prise de décision éclairée

- Établissement d'une relation de confiance SF/M
- Élargissement des communications pour un changement de comportement (CCC/IEC)
    - Augmentation de la sensibilisation sur l'importance des huit contacts pendant la grossesse
    - Sensibilisation sur la conduite à tenir en présence d'un signe de danger
    - Utilisation des médias traditionnels dans les zones reculées du territoire gabonais
    - Formation des SF et autres intervenants en santé reproductive
    - Mise à disposition d'un numéro vert, gratuit, disponible 24h/24
    - Création d'une plateforme numérique « Allo Sage-femme »
    - Réalisation des suivis individualisés
    - Sensibilisation sur les rencontres appelées : La classe des mères au premier, au deuxième et troisième trimestre de la grossesse.
    - Promouvoir une classe des mères en postpartum

- **Négative**
    - Barrières linguistiques et culturelles
    - Persistance des perdues de vue
    - Priorité financier sur l'humain
        - Difficulté d'une couverture suffisante des soins des femmes enceintes
        - Gestion irrationnelle de la CNAMGS

        - Augmentation des femmes économiquement faibles
    - Surcharge
        - Travail
        - Information
    - Anxiété accrue à l'utilisation excessive de la communication numérique
    - Difficultés de connexion internet
        - Condition climatique: période de fortes pluies
        - Insuffisance de connexion internet dans les FOSA
    - Insuffisance de communication efficace
        - SF/M
        - SF et autres professionnels de la santé (gynécologue, obstétricien, pédiatre)

- **Approche théorisante holistique intégrative de la communication numérique et des interactions en personne**

    - Intégration des technologies (TIC) : dimension numérique
        - Mise à disposition des plateformes en ligne, application mobile, numéro
        - Favoriser l'accès à l'utilisation des NTIC dans les soins
        - Contribution des médias traditionnels (radio et télévision) pour promouvoir les CPN
        - Arrimage de ce qui se fait ailleurs
    - Communication centrée sur la maman : dimension relationnelle
        - Pratiquer l'écoute active
        - Manifester l'empathie

- Maman collabore facilement
- Maman prend plus la parole
- Expression de ses craintes quant à l'issue de la grossesse
- Accorder toute l'attention à la maman
- Accès à son histoire de vie
- Maman fait des choix éclairés
- Bonne orientation dans la continuité des soins

- Soins centrés sur la maman : dimension corporelle
  - Mettre la maman au centre des soins lors du suivi
  - Tenir compte de ces besoins, ces valeurs et ses antécédents médicaux
  - Vivre une expérience positive de la maternité
  - Femme enceinte active dans ses décisions sur sa santé et celle du nouveau-né
  - Prendre en main sa propre santé
  - Fidéliser l'accès au FOSA
  - Empowerment des mamans
  - Renforcement de la confiance en elle
- Collaboration interprofessionnelle : dimension collaborative
  - Coordination des équipes de soins
  - Complémentarité d'expertises
  - Soutien mutuel des membres des équipes
  - Collaboration intersectorielle
  - Assurer des soins complets et cohérents
- Approche basée sur les preuves : dimension cognitive
  - Utilisation des données probantes
  - Meilleures pratiques cliniques
  - Guidance des prestataires de soins prénatals
  - Femme enceinte ayant des soins de qualité

- Soins fournis à la femme enceinte fondés sur les données probantes

- Finalité

  - Répondre aux besoins complexes des femmes enceintes et de leur famille
  - Légalisation du suivi des mamans à domicile
  - Promouvoir la pratique des classes des mères dans toutes les FOSA du Gabon
  - Mise en place d'une équipe mobile de SF pour assurer le transfert des mamans de façon sécuritaire entre les FOSA
  - La mise en réseau des maternités pour optimiser le suivi des femmes enceintes
  - Assurer des résultats maternels et infantiles optimaux

2. Commentaires des participantes

Chercheuse : Bonjour la « sage », j'espère que tu te portes très bien. Cette fiche de synthèse représente notre interprétation de nos conversations sur le sujet de recherche. J'aimerai que tu me racontes si notre interprétation correspond à ce que vous vivez et faites lors des consultations prénatales avec les femmes enceintes au Gabon.

Bella : J'ai parcouru le document et ma réponse est oui, ces informations sont en phase avec notre vécu quotidien avec les mamans. Rien de plus à ajouter, c'est parfait la synthèse.

Dorine : L'interprétation est très bien à mon humble avis. Je tiens à noter que le climat de confiance s'établit réellement lors des consultations recentrées où on rencontre la même femme durant les trois trimestres de la grossesse. Mais si c'est une consultation, ce climat de confiance est difficile à mettre en œuvre.

Florine : Cette fiche est pour moi un « miroir » de la réalité surtout le problème financier auquel les mamans rencontrent qui ralentissent leur suivi. Ça été une occasion de s'ouvrir sur des sujets parfois sensibles. Merci pour ces mots qui montrent notre réalité. Vivement que certaines choses soient mises en place, par exemple, la promotion de la classe des mères, la mise en réseau des maternités pour optimiser le suivi des femmes enceintes.

Norine : la fiche correspond exactement à nos échanges avec le souhait que les consultations à domicile soient légalisées car nous avons des gens qui ont la phobie des hôpitaux, ceux qui n'aiment pas les longues files d'attente.

Laurianne : j'ai lu la fiche de synthèse et les points présentés sont les mêmes choses que nous nous sommes dites. Mon espoir est de voir un changement, petit soit-il dans nos pratiques communicationnelles avec les futures mamans ou toute autre personne qui sollicitent nos services.

APPENDICE G EXEMPLES DE MODÉLISATIONS

Émergence de la théorie sur le vécu de la communication prénatale

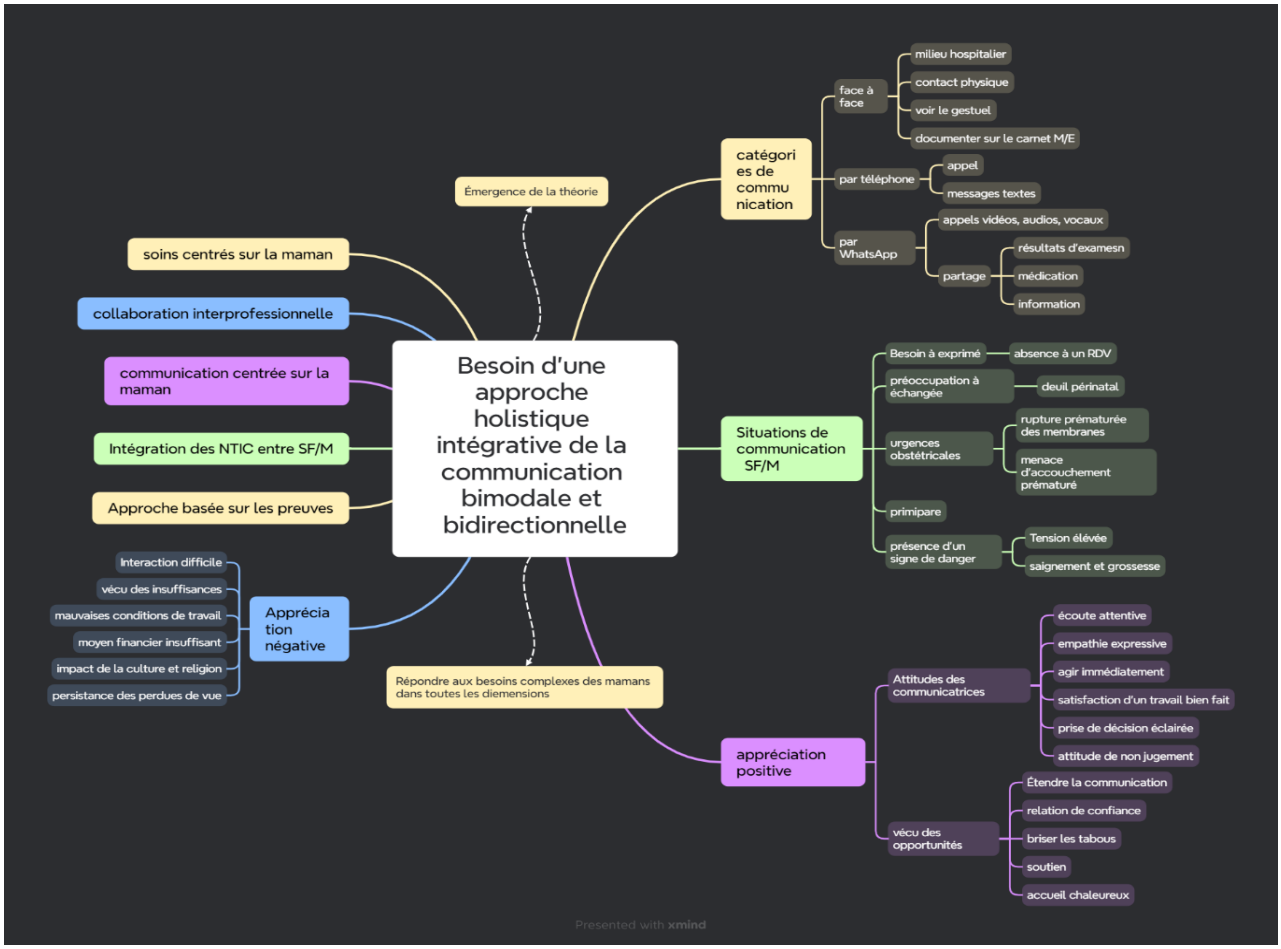
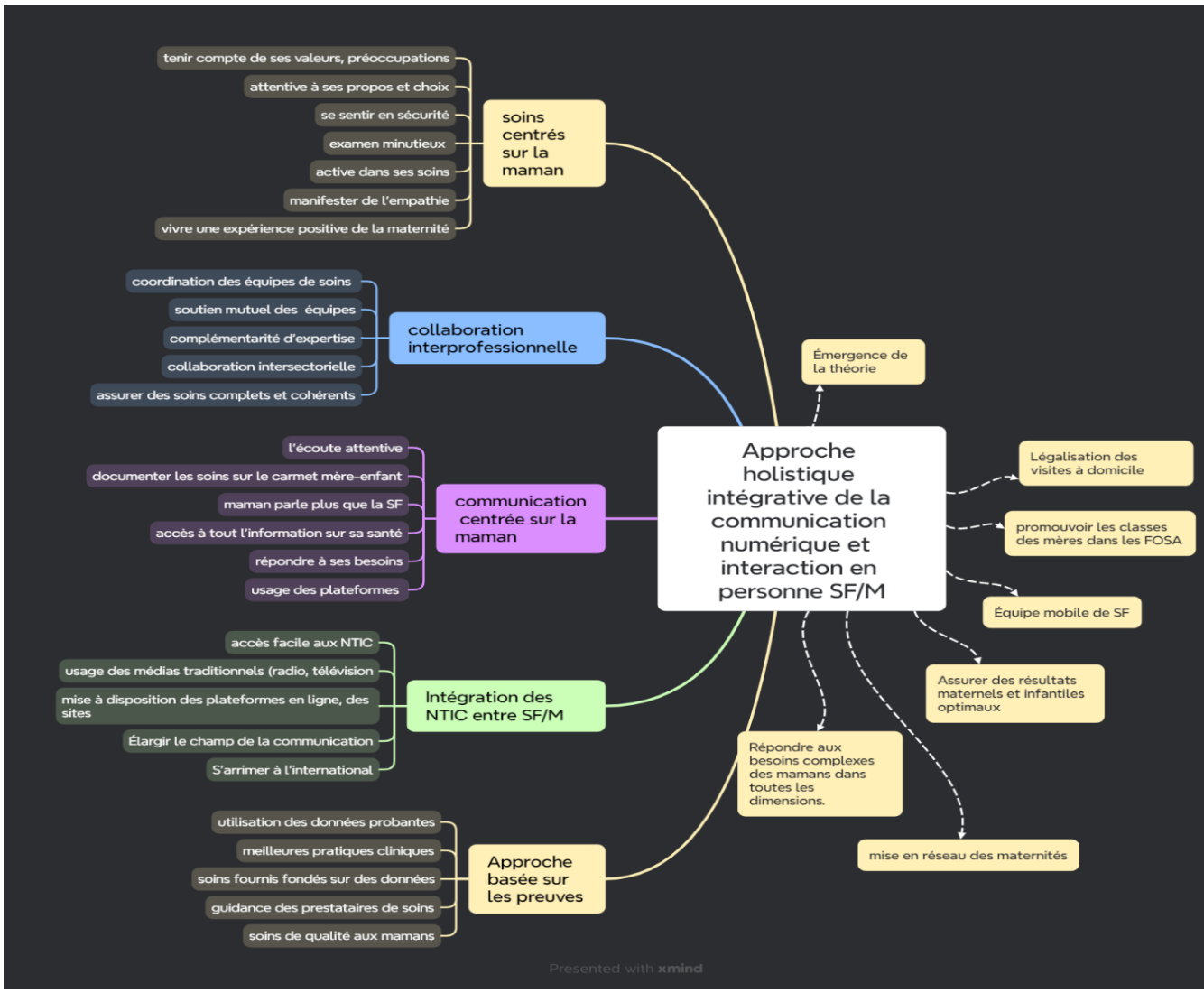


Schéma de l'analyse théorisante (approche holistique intégrative de la communication numérique et des interactions en personne)



Synthèse dimensionnelle de l'AHICP

